FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1977 - N° 23

Lithium

et

" Schizophrenies Dysthymiques "

à propos de 13 cas de Psychoses Périodiques Atypiques

THÈSE

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 2 mars 1977

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE

par

Perrine HOSOTTE

née le 20 février 1949 à RABAT (Maroc)

FACULTE DE MEDECINE DE DIJON

Année 1977 - N°

Lithium

et

" Schizophrenies Dysthymiques "

à propos de 13 cas de Psychoses Périodiques Atypiques

THÈSE

présentée

à la Faculté de Médecine de DIJON

et soutenue publiquement le 2 mars 1977

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MEDECINE

par

Perrine HOSOTTE

née le 20 février 1949 à RABAT (Maroc)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J.B. BOUHEY : Doyen
M. A. MARTIN : Assesseur
M. R. PUTELAT : Assesseur
M. J.P. DIDIER : Assesseur
M. J. GUERRIN : Assesseur

M. J. GUYOT : Professeur Honoraire
M. F. BARON : Professeur Honoraire
Mlle G. PALLOT : Professeur Honoraire

PROFESSEURS TITULAIRES

Anatomie et organogénèse : P. BARRY
Anatomie pathologique : R. MICHIELS
Biochimie : P. PADIEU
Biophysique : P. GAILLIARD
Carcinologie : F. CABANNE, Doyen Honoraire
Clinique Chirurgicale : H. VIARD
Clinique Médicale : P. CORTET
Clinique gynécologique et obstétricale : J. JAHIER
Clinique Médicale infantile : M. ALISON
Clinique neuropsychiatrique : J. BALLIVET
Hépatologie-gastro entérologie : Cl. KLEPPING
Histologie : G. RUCART
Maladies infectieuses : F. DESTAING
Médecine légale et toxicologie : A. MARIN
Pathologie chirurgicale : C. FERRY
Pathologie médicale : R. PUTELAT
Physiologie : J. KLEPPING
Sémiologie médicale : J.B. BOUHEY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546819_0028

PERSONNEL DE LA FACULTE (suite)

PROFESSEURS SANS CHAIRES

Biochimie : J. DEDREUX
Carcinologie : J. GUERRIN
Hématologie et Maladies du Sang : A. DUZER
Médecine préventive et Santé publique, Hygiène : M. CARON
Parasitologie : Mme Y. ROUGET
Chirurgie générale : P. AUPECLE
Radiologie (diagnostic) : J.M. MABILLE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse : J.M. AUTISSIER
Anesthésioloogie : B. CAILLARD
Bactériologie, virologie : A. KAZMIERCZAK
Chirurgie générale : S. BRIET
G. PIGANIOL
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire : M. DAVID
Gynécologie et obstétrique : J. SALASC
J.P. FELDMAN
Hématologie et Maladies du sang : J. BONHOMME
Mathématiques, statistiques informatique médicale : Mme L. DUSSERRE
Médecine expérimentale, Immunologie : F. MARTIN
Médecine interne : M. GAUDET
P. LOUIS
Néphrologie : G.RIFLE
Neurochirurgie : A. THIERRY
Neurologie : D. DUMAS
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive :
P. GRAMMONT
Parasitologie : P. CAMERLYNCK

.../...

PERSONNEL DE LA FACULTE (suite)

Pédiatrie et Génétique Médicale : J.L. NIVELON
Pharmacologie : A. ESCOUSSE
Physiologie : J.P. DIDIER
Pneumologie, Phtisiologie : L. JEANNIN
Psychiatrie : P. TRAPET
Radiologie, radiodiagnostic : M. WEILLER
D. BINNERT
Radiologie, radiothérapie : J.C. HORIOT
Rhumatologie : J. STRAUSS

AGREGES LIBRES

Dermatologie , Vénéréologie: J.L. CHAPUIS
Ophtalmologie : P.G. MOREAU

La Faculté de Médecine de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

JURY DE LA THESE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur J. BALLIVET

MEMBRES : Monsieur le Professeur R. PUTELAT
Monsieur le Professeur A. MARIN
Monsieur le Professeur P. TRAPET
Monsieur le Docteur A. GISSELMANN

A mes Parents,

avec toute mon affection.

A notre maître et président de thèse

A monsieur le Professeur J. BALLIVET

C'est un sentiment de vive gratitude que nous inspire l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de ce jury.

Il a su, par son enseignement particulièrement clair et vivant,nous donner un goût très vif de la neurologie.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A nos maîtres et juges.

- A Monsieur le Professeur R. PUTELAT

Nous avons eu le grand honneur d'être son élève.

Nous le prions de bien vouloir accepter nos sincères remerciements pour avoir bien voulu juger ce travail et de trouver ici, l'expression de notre respectueuse admiration.

- A Monsieur le Professeur A. MARIN

Il nous a inspiré ce travail et soutenu dans sa réalisation.

Nous le remercions de son acceuil toujours souriant et bienveillant.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très respectueux attachement.

- A Monsieur le Professeur P.TRAPET

Nous sommes très sensibles à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de siéger à notre jury.

- A Monsieur le Docteur A. GISSELMANN

Nous sommes heureux de le compter parmi les membres de notre jury.

Qu'il soit assuré de notre sincère amitié.

A Madame le Docteur M. LEVEQUE.

Nous la remercions tant de l'aide précieuse dont elle a bien voulu nous faire bénéficier dans la rédaction de ce travail, que de l'enseignement qu'elle nous a dispensé pendant les deux années où nous avons été son interne.

"J'aimerais mieux une folie qui me rendrait gaie, qu'une expérience qui me rendrait triste."

William SHAKESPEARE

INTRODUCTION

Le lithium occupe depuis peu une place de premier plan dans l'arsenal thérapeutique psychiatrique.

L'application de ses sels s'affirme actuellement d'une efficacité remarquable dans le traitement des psychoses maniaco-dépressives, permettant par une action à la fois curative et prophylactique une évolution favorable.

Il s'agit d'un effet normothymique original jusque là méconnu.

Ce traitement doit-il être reservé à la P.M.D. ou peut-il être étendu à des manifestations cyclothymiques associées ou liées à diverses structures névrotiques ou psychotiques?

Nous nous proposons dans ce travail de faire quelques réflexions à propos d'une expérience personnelle comportant 13 cas de psychoses chroniques à expression thymique dont le diagnostic évoqué a tour à tour été celui de P.M.D. et de schizophrénie.

S'agissait-il de schizophrènies affectives ou dysthymiques ?

Peut-on utiliser les résultats thérapeutiques pour argumenter le diagnostic ?

Peut-on tenter d'établir un théorie unitaire des dysfonctionnements thymiques réagissant favorablement au lithium dont les formes cliniques seraient multiples, la forme la plus pure étant le P.M.D., les formes atypiques et pauci-symptomatiques se mêlant à divers états psychotiques ou névrotiques ?

Enfin qu'est ce que le concept de schizophrénie dysthymique ?

C'est à quoi nous essaierons modestement de répondre.

I - LE LITHIUM EN PSYCHIATRIE

A - HISTORIQUE

Découvert en 1818 par le suédois J.A. Arfevdson, il est extrait de minerais (comme nous le rappelle son ethymologie : lithos = pierre) que l'on trouve en Amérique du Nord.

Une première introduction dans l'arsenal thérapeutique fut proposée en 1841, mais c'est à Cade que l'on doit en 1949 son utilisation en thérapeutique psychiatrique (21). Les accidents sérieux voire mortels qu'entraîna son emploi, en particulier chez les malades soumis à un régime désodé, ont rejeté dans l'ombre la publication de Cade et les psychiatres, après quelques essais pourtant prometteurs se sont tournés presque exclusivement vers les neuroleptiques qui se révèlèrent efficaces, d'action rapide et maniable, ainsi que vers les anti-dépresseurs.

C'est au Danemark que Mogens SCHOU à la suite de travaux effectués de 1954 à 1957 (81), parvient à une double découverte fondamentale :

1- d'abord la technique de mesure du taux de lithium dans le sang qui permet le contrôle du traitement en prévenant les surdosages, condition de l'inocuité.

2- ensuite et à partir de là, en 1967, en collaboration avec BAASTRUP (8) (9), l'action régulatrice du lithium utilisé d'une manière continue dans les états maniaco-dépressifs pour aboutir, du fait de son action normothymique, à l'arrêt des accès périodiques, réalisant ainsi, une action curative et prophylactique inconnue jusqu'alors.

Depuis 1968, de nombreuses publications aux U.S.A., en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, en France (citons BERTAGNA, DENIKER, CHAZOT etc...)(12) (13) (24) (25) (32) (33) confirment les travaux de SCHOU et étendent les indications.

B - DONNEES PHYSICO-CHIMIQUES

Le lithium fait partie de la première subdivision (a) du groupe 1 de la classification de MENDELEIEF. Il entre dans le groupe des métaux alcalins et présente de grandes analogies avec le sodium et le potassium.

De poids atomique 6,939, de nombre atomique 3, il est le plus léger des métaux. C'est un oligoélément qui n'existe qu'à l'état de traces dans les végétaux, les animaux et chez l'homme. Les divers minerais d'où on l'extrait sont la triptyline, la pétalite, la lépidolithe et l'amblyogonite rencontrés dans le sud-ouest africain, aux U.S.A. et en Argentine.

On le trouve également dans certaines eaux minérales d'Angleterre, d'Allemagne, de France, dans quelques plantes comme le tabac, la betterave, le blé, le céleri, la tomate. Le lithium est utilisé en chimie organique comme agent réducteur, en physique nucléaire dans l'energie atomique. L'industrie l'emploie également pour durcir certains alliages de plomb et dans la fabrication de certaines céramiques.

C'est un métal blanc-argent, qui décompose l'eau et possède des propriétés réductrices énergiques. Il est monovalent, donne des ions incolores. Il a une grande affinité avec le Magnésium et les métaux alcalino-terreux.

Ses phosphates, fluorures, carbonates et aluminates sont faiblement solubles.

C - DONNEES PHARMACOLOGIQUES

1) Absorption - Métabolisme - Elimination :

L'étude pharmacologique du lithium est relativement récente et a été postérieure pour une large part aux premières tentatives d'application clinique qui restaient de ce fait empiriques et dangereuses.

Utilisés par os (les voies sous-cutanées ou intramusculaires ne sont pratiquement jamais employées) les sels de lithium sont rapidement absorbés par les voies digestives et leur distribution dans l'organisme est à peu près comparable à celle de l'eau. Dans les tissus, se crée un équilibre entre concentration cellulaire et extra-cellulaire. Tous les organes fixent le lithium mais de manière variable : c'est le cerveau qui le fixe le moins en raison de la faible perméabilité de la barrière hémato-encéphalique. Dans le tissu cérébral la concentration du lithium est presque égale à celle du plasma. Dans le liquide céphalo-rachidien elle est inférieure de 40 à 60%.

On retrouve également le lithium dans toutes les sécrétions, salivaire et lactée en particulier. Il traverse la barrière placentaire.

Son élimination est surtout rénale (95%). Il y en a peu dans la sueur et les fèces. Cette élimination commence très rapidement : (la moitié de la dose administrée est retrouvée dans les urines de 24H.) elle est ensuite plus lente, se poursuit jusqu'au 15e jour après administration d'une dose unique. La clearance rénale est de 15 à 30ml/mn, remarquablement fixe sur un individu donné, diminuant avec l'âge. Les 4/5 du lithium filtré au niveau du

glomérule sont réabsorbés par le tubule proximal. Cette absorption est compétitive avec celle du sodium, ce qui explique l'augmentation de la lithièmie en cas d'apport insuffisant de sodium, et les accidents survenus chez les sujets soumis à un régime désodé.

Le lithium n'est pas métabolisé dans l'organisme, c'est l'ion Li+ qui est actif.

2) Mode d'action :

On ne possède encore aucune certitude sur le mode d'action du lithium, on peut envisager deux ordres d'hypothèses :

a- une action au niveau du métabolisme hydro-électrolytique :

. COPPEN (29) a montré que le lithium avait une action sur le métabolisme du Na et son transfert à travers les membranes biologiques. Ce fait est d'autant plus intéressant que ce même auteur a constaté une augmentation du sodium intra-cellulaire dans la manie et la mélancolie.

L'administration de lithium modifie la balance hydro-electrolytique augmentant dans un premier temps l'excrétion sodée, entraînant vers le troisième jour du traitement une rétention de sodium jusqu'à l'obtention en environ une semaine d'un nouvel état d'équilibre ; il y aurait, avec une amplitude plus faible, des modifications parallèles de l'excrétion du potassium.

. Le lithium a également une action sur le métabolisme du magnésium et du calcium dont on connaît le rôle important dans la physiologie des neurones. Il pourrait aussi empêcher des variations importantes de l'eau corporelle totale (60) comme on en observe chez les sujets en phase maniaque ou dépressive.

. Lors d'un potentiel d'action, au niveau du muscle il existe une entrée de sodium dans la cellule qui s'accompagne d'une entrée parallèle de lithium. Mais ce dernier est ensuite refoulé de la cellule à un taux beaucoup plus faible que celui du sodium.

Ceci suggère que la membrane ne différencie pas le sodium du lithium pendant l'entrée passive dans la cellule mais qu'il existe une différence lors du transport actif de ces ions hors de la cellule.

. Très récemment, HO (54) a montré qu'il n'y avait aucune accumulation préférentielle de lithium dans les différentes régions du cerveau, mais que cet élément provoquait au niveau de l'hypothalamus une augmentation du sodium et une diminution du potassium intra-cellulaire.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut dire que le lithium semble agir sur la perméablilité des membranes modifiant les échanges sodium-potassium qui entraineraient des variations d'excitabilité membranaire et des modifications ultra-structurales des cellules nerveuses.

Ces modifications ont été constatées in vitro sur des cellules neuroniques en présence de lithium .

b- une action sur les neuromédiateurs :

L'action sur le métabolisme des amines cérébrales n'est pas encore bien établie. On sait que le taux des catécholamines varie avec les phases de la psychose maniaco-dépressive, les taux élevés correspondant aux phases maniaques, les taux bas aux phases dépressives.

Le lithium semble avoir une action sur le métabolisme cérébral de la naadrénaline dans le sens d'une augmentation de la désamination et d'une baisse de l'oxyméthylation. Il entrainerait également une diminution du taux de sérotonine au niveau de l'hypothalamus seul.

Il provoquerait chez la souris une chute du taux de l'acide glutamique, ce qui pourrait peut-être expliquer son action sédative.

Le rôle exact du lithium sur le métabolisme cérébral n'est pas encore bien connu. Il est probable qu'il agit en modifiant le rapport potassium/sodium, qui on le sait, est capable de moduler la synthèse et le stockage des amines cérébrales.

c- d'autres actions du lithium ont été mises en évidence sur la glande thyroïde et les surrénales en particulier.

3) La lithiémie et ses variations :

Lorsque les sujets sont équilibrés, la lithiémie est constante : si ces même sujets font une rechute HAKIM et PICHOT (52) ont constaté que, la posologie n'étant pas modifiée, la lithiémie s'élève en cas d'état dépressif, s'abaisse en cas d'accès maniaque. Ces auteurs soulévent deux hypothèses :

- ou il y a augmentation de l'élimination rénale du lithium au cours de la manie.
- ou il y a passage du milieu extra-cellulaire vers le milieu intra-cellulaire dans la manie et inversement dans les dépressions.

Cette seconde hypothèse permet de penser qu'il pourrait y avoir un tel transfert de lithium physiologique dans le PMD. Ce n'est pas une certitude.

D'autres auteurs attachent surtout de l'importance au taux de lithium dans les hématies (Elizur et coll.) et au rapport taux de lithium dans les hématies sur taux de lithium dans le plasma lequel s'abaisse toujours plus dans l'accès dépressif que dans l'accès maniaque. La toxicité serait en relation avec l'augmentation de la concentration dans les hématies.

En conclusion :

Les données actuelles sont encore loin de pouvoir fournir une hypothèse cohérente sur le mode d'action du lithium. Cependant l'action thérapeutique dans les états maniaques est certaine et peut être mise en parallèle avec la diminution des quantités de noradrénaline disponible au niveau des récepteurs.

Un point important sera acquis quand on saura si le lithium exerce un effet anti-dépresseur propre.

Le problème reste entier quant à l'action prophylactique du lithium.

Quoiqu'il en soit l'existence de résultats coincidant avec les hypothèses de la théorie aminergique des psychoses représente un point encourageant pour les recherches à venir.

Le lithium est donc un produit original en psychopharmacologie :

- ce n'est pas un neuroleptique ; il entraîne chez l'animal une diminution de l'activité motrice et de l'activité exploratrice avec apparition d'une incapacitation motrice mais n'a aucun effet protecteur vis à vis des effets de la dexamphétamine et de l'apomorphine, condition nécessaire pour qu'une substance puisse être classée parmi les neuroleptiques.

- ce n'est pas un anti-dépresseur ; il ne s'oppose pas aux effets de la réserpine et ne potentialise pas la dexamphétamine. Il s'agit donc d'un médicament psychotropique qui a une place

à part en psychopharmacologie.

D - CONDUITE DU TRAITEMENT

1) Administration :

Le lithium est administré par voie orale sous forme de sels.Deux seulement sont retenus :

- le carbonate de lithium commercialisé sous forme de comprimés à 250 mg apportant chacun 8,1 meq lithium.
- le gluconate de lithium commercialisé sous forme d'ampoules de 5 ml apportant chacune 4,95 meq Li, ou de 10ml apportant chacune 9,92 meq Li.

La mise en oeuvre du traitement ne doit se faire qu'en milieu hospitalier, tant est variable la rapidité avec laquelle un taux efficace de lithiémie est atteint.

2) Posologie :

Elle est variable suivant les auteurs et les individus : on commence généralement par des doses de 20 à 30 meq.

La dose totale doit être répartie dans la journée pour permettre une libération progressive des sels de lithium dans le sang. On administera en général le produit en 3 ou 4 prises quotidiennes.

3) Identification, dosage :

Les dosages de lithium dans le sang sont aisément réalisés sur quelques ml de sérum soit par spectrophotométrie d'absorption, soit par photométrie de flamme, 12 heures après la dernière ingestion du médicament, à jeûn. La première lithièmie sera effectuée 7 jours après le début du traitement. Pour être efficace et non toxique, le taux de lithium sanguin doit être compris entre 0,6 et 1,20 meq/l au dessous de ce taux, la lithiémie est inefficace, au dessus, elle entre dans la zone de toxicité;une fois le traitement adapté, le rythme des dosages sera hebdomadaire pendant un mois, puis semestriel, si tout va bien. Un contrôle supplémentaire interviendra dès l'apparition de signes d'intoxication imminente, de manie ou de dépression, et une semaine après toute modification de la posologie.

Les malades étant atteints d'une maladie chronique, la thérapeutique doit l'être aussi.

4) Bilan préalable :

Le traitement n'est pas dangereux dans la mesure où toutes les précautions ont été prises avant son institution. Le bilan préalable devra comprendre outre un examen clinique soigneux, la recherche :

- des antécédents rénaux.
- une albuminémie, albuminurie, azotémie.
- une clearance à la créatinine.
- un électrocardiogramme.
- un PBI.

5) Les contre-indications :

Ce sont :

- l'insuffisance rénale avérée :

Si elle est modérée, les sels de lithium peuvent être prescrits avec la plus grande prudence et une surveillance accrue.

- la découverte d'une insuffisance cardiaque ou coronaire, de troubles du rythme, d'une hypertension artérielle ; les altérations infracliniques de l'électrocardiogramme imposent seulement une surveillance particulière.

- l'hyponatrémie interdit la prescription de sels de lithium. De même le traitement est incompatible avec un régime désodé et des diurétiques.

- l'athérosclérose cérébrale est une contre-indication, le lithium pouvant entraîner l'apparition d'une confusion mentale.

- l'hypothyroïdie ;

D'une façon générale, il faut peser les inconvénients respectifs de la maladie somatique et des troubles thymiques.

Le lithium peut être associé sans problèmes aux neuroleptiques et aux anti-dépresseurs.

Normothymique, il apporte une sensation de "bien être naturel".

6) Les effets secondaires :

- On peut voir apparaître chez les malades sous lithium un "syndrome psychologique particulier" fait d'une sorte de neutralité affective, gênante chez les artistes et créateurs en particulier. L'instauration du lithium chez de tels sujets pose donc un problème délicat.

- A doses élevées, le lithium peut entraîner une diminution de la vigilance, une dysmnésie, voire une obnubilation et une confusion.

Ces troubles pouvant survenir sans surdosage thérapeutique chez des sujets âgés, sont généralement transitoires.

- Chez des sujets dont le traitement est bien équilibré, un certain nombre de trouble mineurs peuvent apparaître, souvent pénibles, risquant d'inciter le malade à cesser toute prise médicamenteuse.

Ce peut être :

a . une prise de poids exagérée, qui peut être aggravée par la prise simultanée de tricycliques et neuroleptiques. Elle peut être corrigée par un régime, mais il faut mettre le sujet en garde contre un régime sans sel.

b . des troubles digestifs, fréquents (gastralgies, nausées, anorexie, diarrhée). Ils doivent disparaître en un ou deux mois. Ils suviennent surtout avec le carbonate de lithium et seraient dus à l'augmentation rapide de la lithiémie d'où la nécessité de fragmenter les doses.

c . les troubles neuro-musculaires, l'asthénie. L'apparition d'un fin tremblement est fréquente, surtout en début de traitement. Elle peut perturber l'écriture. L'Atrium (association de fébarbamate, difébarbamate et phénobarbital) se révèle efficace. (46)
Ce tremblement fin, discret, est à distinguer des cas beaucoup plus rares de grands tremblements à noté striée, faisant partie du tableau d'intoxication.

d . des troubles cutanés : prurit, acné.

e . la constation d'un goître généralement euthyroïdien. Ce goître qui régresse par l'association à doses modérées d'extraits thyroïdiens, n'implique en aucun cas l'arrêt du traitement. Seul, un développement excessif avec signes de compression, nécessite l'abla-

tion chirurgicale.

f . la diminution de la libido : elle n'est pas une règle, à des incidences psychologiques probables.

Aucune action tératogène n'a jamais été établie de façon nette. Cependant, des anomalies ayant été constatées chez la souris et la chèvre, certains auteurs estiment préférable de conseiller des mesures anti-conceptionnelles aux femmes en période d'activité génitale.

- L'intoxication aigue, accident grave, devient rare. Elle apparait pour une lithièmie supérieure à 1,5 meq si la surveillance clinique et biologique n'a pas été correcte.
Le début est parfois brutal mais il peut exister des prodromes qui doivent attirer l'attention du médecin et du malade et faire arrêter le traitement immédiatement :

. signes digestifs
. signes généraux
. mais surtout signes neuropsychiques (tremblements, dysarthrie, somnolence).

Si l'affection n'est pas traitée, l'évolution se fait vers un tableau de confusion mentale avec syndrome akineto-hypertonique et coma.

L'évolution spontanée peut être lentement favorable mais la mort peut survenir dans les cas graves. Le traitement exige l'hospitalisation dans un centre de réanimation. Il est purement symptomatique. Le pronostic dépend de l'importance de l'intoxication, de la précocité de l'arrêt de l'apport du lithium et de la mise en oeuvre du traitement.

La description des incidents et accidents ne doit pas faire perdre de vue leur rareté.

E - INDICATIONS DES SELS DE LITHIUM

1) Les indications principales :

Le lithium a une place à part en psychopharmacologie. Ce n'est ni un neuroleptique, ni un anti-dépresseur. Il s'agit d'un psychotrope auquel on reconnaît deux actions thérapeutiques :

- une action curative : thymodépressive et thymoanaleptique.
- une action préventive : normothymique.

L'indication principale du lithium est la PMD.

a- En ce qui concerne l'action curative :

. L'accès maniaque est l'indication la plus classique ; la première connue du lithium. Mise en évidence par CADE (21) largement confirmée depuis, elle est maintenant indiscutable.

L'effet thérapeutique du lithium est indépendant de l'âge, du sexe et de la durée de la maladie.

L'expérience clinique montre que dans leurs effets sur la manie, le lithium et les neuroleptiques diffèrent sur plusieurs points :

- la sédation apportée par le lithium, bien que moins rapide qu'avec les neuroleptiques est de bien meilleure qualité. La vigilance n'est pas altérée.
- le lithium agit de façon spécifique sur l'agitation de la PMD. Il est pratiquement sans effet sur les

autres états d'agitation contrairement aux neuroleptiques. Ceux-ci restent les médicaments d'attaque des manies aigues, les maitrisant plus rapidement. Mais, dans le cas de manie prolongée, cas de rechutes maniaques fréquentes ou dans les états hypomaniaques, le lithium semble supérieur à toutes les autres thérapeutiques.

. La valeur thérapeutique des sels de lithium dans les états dépressifs est encore discutée.

Les différentes publications sont contradictoires. Il semble que le lithium ne puisse prendre la place des anti-dépresseurs usuels, l'imipramine et ses dérivés restant encore les médicaments de choix des états dépressifs.

Certains auteurs (EYSSETTE, CHAZOT et coll.) (24) affirment un réel effet : près de 70% de bons résultats dans les accès mélancoliques et les dépression d'involution. Ils insistent sur la qualité des résultats qui seraient moins bons dans les états dépressifs névrotiques sauf si l'on retrouve un terrain héréditaire familial maniaco-dépressif. Ces mêmes auteurs pensent que le gluconate de lithium est plus anti-dépresseur que le carbonate, l'association de chlorure de sodium renforçant encore l'effet.

Enfin l'hypothèse d'un effet anti-dépresseur pour des lithiémies basses leur parait tout aussi séduisante.

Pour d'autre, comme SCHOU (81), l'effet antidépresseur reste peu important. L'association du lithium aux anti-dépresseurs classiques ne réduit pas le délai d'action et ne potentialise pas les effets. Le seul intérêt d'une telle association est dans la prévention d'un accès maniaque ultérieur.

b- Pour ce qui est de l'action préventive du lithium:

L'effet normothymique est le plus certain et le plus intéressant, et c'est là, la raison fondamentale de l'utilisation des sels de lithium. Cette action prophylactique des troubles périodiques de l'humeur fut d'abord controversée. Actuellement, surtout depuis les travaux de GROF et SCHOU (48), elle est considérée comme un fait acquis. Cet effet, qui se caractérise par une diminution de la fréquence et de l'intensité des accès, voire leur disparition, impose un traitement de longue durée. L'efficacité est plus grande dans les formes bipolaires de la psychose maniaco-dépressive.

2) Indications diverses :

Outre cette action sur la PMD, les sels de lithium ont été employés dans d'autres sydromes cliniques avec des résultats variables, dans l'ensemble moins satisfaisants :

- les syndromes prémenstruels et les psychoses principales. (45).
- la dipsomanie.
- les dépressions de l'enfant.
- les troubles caractériels de l'adolescent.
- l'agitation des débiles.
- certains auteurs prescrivent le lithium pour améliorer les troubles caractériels et l'agressivité des épileptiques : c'est là un point discuté, car on a quelquefois vu apparaître des crises d'épilepsie chez des sujets jusque là non comitiaux (46).
- des résultats encourageants ont également été obtenus dans la cyclothymie des déséquilibrés mentaux et l'alcoolisme névrotique.

Enfin, des améliorations ont été observées lors de prescription du lithium dans des psychoses périodiques atypiques.

C'est un point qui nous intéresse plus particulièrement puisqu'il est l'objet de ce travail.

Outre la schyzophrénie dont nous reparlerons plus tard, BERTAGNA (12), (13), souligne que les psychoses périodiques donnant lieu à des bouffées délirantes (généralement précédées d'hypomanie et presque toujours suivies d'une phase dépressive) sont aussi des indications du lithium. Mais le pourcentage et la qualité des succès n'équivalent pas ceux de la PMD et si, dans plus de la moitié des cas, des bouffées délirantes se reproduisent, elles sont généralement moins graves et surtout les thérapeutiques associées les réduisent beaucoup plus rapidement.

II - EXPERIENCE THERAPEUTIQUE PERSONNELLE

A - CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

Nous avons retenu pour ce travail treize observations de sujets ayant été suivis pendant une assez longue durée en service hospitalier avant et après la mise sous lithium.

Pour certains cas nous avons maintenant un recul de plus de 30 mois.

Ces observations portent sur 9 femmes et 3 hommes dont l'âge de la première hospitalisation varie de 16 à 24 ans.

Le motif de la mise en traitement a été certes l'existence de troubles de l'humeur généralement prépondérants, mais ne constituant que l'un des éléments de tout un ensemble symptomatique.

Tous les malades présentaient une évolution antérieure, 3 ans pour certains, 20 pour d'autres. Le rythme des accès maniaques ou dépressifs était plus ou moins fréquent, réductible plus ou moins rapidement par les thérapeutiques habituelles.

Pour certains de nos malades les troubles de l'humeur ne se sont manifestés que dans le registre maniaque ; pour d'autres seulement dans le registre dépressif. D'autres enfin, présentaient des troubles tantôt maniaques, tantôt dépressifs. C'est sous forme de carbonate que nous avons utilisé le lithium.

Nous n'insisterons pas sur les posologies utilisées (variables suivant les sujets) ni sur les divers contrôles effectués. Les taux de lithiémie que nous avons recherchésse sont situés pour la majorité des cas entre 0,60 et 1 meq conformément à ceux proposés par les auteurs.

C'est la discussion nosologique et le résultat thérapeutique du lithium qui nous intéresseront plus particulièrement dans ces observations à propos desquelles l'introduction d'un tel traitement renouvelle les problèmes si souvent débattus des états marginaux par rapport au concept bien défini de psychose maniaco-dépressive.

Nous emploierons tout au long de cette seconde partie le terme de schizophrénie affective ou dysthymique tout en sachant que certains le contestent. C'est dans la troisième partie que nous nous poserons la question de savoir si l'on peut assigner à cette forme de schizophrénie une place nosographique à part.

B - PRESENTATION DES OBSERVATIONS

Pour chaque cas nous avons essayé de suivre un plan ainsi constitué :

1- Hérédité
2- Milieu familial
3- Caractère prémorbide et troubles antérieurs aux hospitalisation.
4- Histoire de la Maladie.
   Motifs et Déroulement des hospitalisations
5- Conclusion et Discussion nosologique.

OBSERVATION N°I

Paul R.... né le 25.6.1955.

Il est issu d'un milieu simple, est né en Algérie. La famille qui se compose de la grand-mère maternelle, des parents et de trois garçons (15-10-5 ans) rentre en France en 62, s'installe d'abord à Mande et deux ans plus tard à Dijon.

1) Hérédité et milieu familial :

Le père

Ses interventions à maintes reprises au cours du traitement de Paul ont révélé des traits de caractère paranoïaque. Secrétaire Général au Ministère de l'Equipement, il est décrit par Paul, comme"un maniaque des dossiers", "un lion" ressenti comme très dangereux et puissant. Paul se sent rejeté par lui. Pourtant leur entente est excellente et se traduit entre autres par de nombreuses conversations à thème politique et religieux.

La mère

A été traitée à deux reprises en Algérie pour états dépressifs. Le premier aurait fait son apparition à la naissance du frère cadet. Le second à l'occasion des événements d'Algérie et de conflits familiaux. Pour Paul sa mère est en quelque sorte "la tête du jeu de massacre". "La grand-mère la tire d'un coté, le père d'un autre. Toujours très disponible, prête à écouter chacun, elle supporte, accumule les colères de son mari, lui laissant toujours avoir le dernier mot en femme résignée. Elle est très attachée au passé, aux souvenirs".

Atteinte de PMD, elle est actuellement traitée par le lithium.

La grand-mère

Très autoritaire, exclusive avec Paul, elle rejette le second fils qu'elle ressent comme étant la cause des troubles dont sa fille est atteinte.

Paul s'est senti surprotégé, accaparé par cette grand-mère qui lui trouve toutes les qualités : intelligent, a toujours réussi à ses examens ...

L'entente entre la grand-mère et le père de Paul n'a jamais été très bonne : à une époque le père s'est même isolé du reste de la famille pour aller habiter l'étage supérieur du domicile.

2) Caractère prémorbide et troubles antérieurs :

Le malade est vu en consultation à l'âge de 15 ans pour un "état dépressif atypique". Il se présente alors comme un jeune-homme d'intelligence supérieureà la moyenne (Qi = 140) tourmenté, anxieux, désemparé, que "la vie écoeure". Les tests projectifs mis en oeuvre donnent des résultats défavorables et mettent en évidence une structure manifestement psychotique.

On retrouve au TAT, en particulier : des productions abondantes, riches , avec un temps de latence initial élevé, qui sert à la construction du récit.

"Les thèmes sont banaux pour la perception de base, mais enrichis par les originalités. L'éventail des mécanismes de défense du Moi est très large, comprenant aussi bien des facteurs de labilité que de rigidité, facteurs de dégagement et facteurs d'échec.

A la première planche (ceci se retrouve souvent) le sujet se projette directement sans aucune mise à distance mais on note une perpétuelle oscillation entre des projections immédiates et une recherche d'objectivation qui permet souvent l'expression des

conflits. Cette objectivation commence par une bonne perception de base, un thème banal mais qui dégénère très vite en un contenu très symbolique ; abstrait, intellectualisé. La réalité conflictuelle de la planche ne peut être abordée qu'une fois transposée sur un plan imaginaire, symbolique. Il y a idéalisation constante et on remarque l'existence d'éléments psychotiques : refus de la réalité trop insupportable, repli dans un monde narcissique avec valorisation de petits détails d'ordre narcissique.

La réalité est inventée fantasmatiquement. Il y a un dilemne de type schizophrénique entre le Bien et le Mal, le clair et l'obscur.

Existence, donc, de facteurs d'échecs mais aussi de dégagement (retour aux nécessités de la réalité, clichés sociaux et culturels nombreux ...) qui lui permettent une reprise de lui-même, une distance suffisante face au matériel proposé par la construction des histoires. Néanmoins, les solutions de dégagement ne semblent pas libérer totalement le sujet : thèmes de mort qui reviennent souvent. Donc dégagement superficiel qui laisse le sujet dans son angoisse ..."

Du point de vue scolaire, il se décrit lui-même, comme"très doué , supérieur à la moyenne". Ses résultats, en effet, sont excellents depuis les petites classes et courronnées chaque année, de prix d'excellence. Il fait ses études primaires dans une école religieuse, entre en 6ème au petit séminaire, qu'il quitte pour"raison de santé". Il aurait déjà été vu en consultation psychiatrique à cette époque.

En 5ème c'est un très bon élève.

En 3ème il entre dans une école libre comme demi-

pensionnaire. C'est alors que très perturbé, il est vu en consultation de Psychiatrie dans le service de Monsieur le Professeur MARIN.

3) Histoire clinique :

La première hospitalisation intervient dans le service du Professeur MARIN, en Mars 1971, pour un "état maniaque atypique". A l'entrée, Paul présente en effet un état d'excitation psychomotrice intense, avec exaltation, insomnie, délire à thème mystique, logorrhée etc ...

Dans le service, son état se modifie légèrement : apparition de manifestations d'angoisse et d'une ébauche de transformation corporelle qui fait craindre l'entrée dans un processus discordant. Le traitement prescrit comprend des neuroleptiques incisifs (Terfluzine) et des sédatifs (Nozinqn). Il analyse ses troubles de façon très objective et écrit ce qu'il ressent. Voici quelques extraits :

"Ma dépression (terme qu'il emploie pour désigner sa maladie) comprend deux périodes :

- une période d'éxubérance que j'appelerai active. Je suis comme une bombe prête à exploser tellement je me sens vibrer intérieurement. Cette période commence sans préavis ; elle se déclenche d'un coup, comme l'électricité jaillit au moment précis où l'on appuie sur l'interrupteur, alors dans un souffle, se dégage toute une énergie qui s'est accumulée pendant les jours de baisse. Je me sens redevenir moi-même et même plus. Cette période dure généralement du jeudi au samedi.

- une période de régression que j'appelerai non active, généralement à partir du Dimanche. Je me sens mal dans ma peau, je vois presque tout en noir. J'ai du dégoût pour moi-même. Tous mes projets de ma première période sont totalement oubliés.

Dans ces moments, je suis complexé physiquement et intellectuellement !!..."

Il n'y a aucun trouble du cours de la pensée et du champ de conscience, on pourrait donc parler de PMD mais le syndrome de dépersonnalisation avec sentiment de transformation corporelle évoque uneschizophrénie.

Le patient quitte le service en Mars.

La deuxième hospitalisation survient au début du mois d'Avril.

Le diagnostic de schizophrénie semble se confirmer : agitation psychomotrice, comportement bizarre et dissocié. Avec un traitement adéquat, le comportement redevient normal. L'humeur semble stabilisée. Paul est alors adressé dans un établissement à caractère médicopédagogique : dans les Landes à Aire sur l'Adoure. Il y fait un séjour de "15 mois et 27 jours" qu'il vit très mal.

La troisième hospitalisation a lieu en Septembre 1972. Paul se présente comme lors de ses précédentes hospitalisation. L'humeur est maniaque, le délire à thème mystique persiste très intense.

On note une incohérence idéo-verbale, des bizarreries dans le comportement, une perte de contact avec la réalité et finalement tout un mode d'existence qui évoque l'autisme. Les manifestations régressent quelque peu, mais subsiste un ensemble de symptômes qui évoquent un processus discordant. Après un long séjour à Velars, qu'il intitule "cage aux oiseaux", Paul quitte le service en Novembre, reprend ses études, avec un traitement neuroleptique ; il paraît à peu près stabilisé.

Nouvelle hospitalisation du 12. 10. 1973 au 7. 2. 1974 c'est alors que le père mécontent des traitements donnés à son fils et considérant qu'il n'y a aucun résultat intervient de façon très agressive, faisant même appel au directeur de l'établissement pour revendiquer le transfert de son fils à la chartreuse.

C'est ce qui sera fait en Février. Il sera alors hospitalisé dans le service de Madame Lévêque. Paul est maintenant en terminale. Il a été reçu à l'examen de Français du Baccalauréat avec des notes excellentes. C'est un élève calme mais il a cependant tendance à se considérer comme un grand personnage, organise des conférences etc...

Il a une certaine culture psychiatrique. Au début de ce nouveau séjour, il est aboulique, a tendance à s'isoler, ne recherche pas le contact, est anorexique, offre un aspect figé. La nuit il lui arrive d'être pénible, instable, il fume et réveille les autres.

Après quelques jours d'hospitalisation, il présente à nouveau un état d'excitation psychomotrice avec expériences délirantes, vécues selon des thèmes de grandeur, puissance, et inspiration prophétique. Ces expériences sont mobiles, changeantes et il n'y croit pas vraiment.

L'activité est intense. Il a toujours besoin de faire quelquechose, va, vient, gesticule. Il joue des scènes, imite de grands musiciens, allant parfois jusqu'à s'identifier à eux.

L'humeur est exaltée ; euphorique, optimiste, il est infatigable. Parfois ironique et caustique, il peut devenir agressif. Ses interventions font parfois preuve de pertinence, souvent de malignité.

Malgré un traitement comportant outre des neuroleptiques incisifs, des normothymiques (Dépamide) le tableau clinique ne s'améliore guère.

Compte tenu de sa passion manifeste pour la musique, on envisage des scéances de musicothérapie. Cela s'avère rapidement impossible :

- en groupe, car il parle sans cesse et uniquement pour lui.
- individuellement, car seules ses idées importent. Il ne sait pas reconnaître et accepter l'interprétation d'une oeuvre. Seule sa version est la bonne.

En Avril 1974, devant l'échec de toute thérapeutique et devant la prédominance des troubles thymiques dans le tableau clinique, un traitement au lithium est entrepris.

Le comportement devenu meilleur, semble se stabiliser. Dès la troisième semaine, il s'est considérablement modifié : l'instabilité est moins importante, l'attention moins fugace. L'activité ludique a pratiquement disparu. Les idées mégalomaniaques s'atténuent. Tout ceci permet une réduction progressive des doses de neuroleptiques. Paul est un peu plus discipliné. Sa résolution de reprendre ses études s'affermit. Il sort définitivement du service en Mai 1974, prépare le Bac, qu'il ne peut présenter pour des raisons administratives.

Il le présentera l'année suivante et sera reçu très brillamment (mention Bien).

Actuellement, après 30 mois de lithium on peut affirmer que l'évolution a été favorable.Ce jeune-homme va très bien, ne reçoit plus aucun autre traitement que le lithium, garde une humeur habituellement euphorique sur le mode mineur avec un humour de bon

aloi, ne présente plus aucun symptôme pouvant évoquer un processus discordant. Il a entrepris des études à la Faculté de lettres : Histoire, géographie et musique.

Conclusion :

En observant ce cas, de prime-abord, on serait facilement tenté de le classer parmi les PMD à forme maniaque prévalente. Les accès maniaques parfois typiques, les antécédents familiaux (quoique ceci ne constitue pas vraiment un argument, nous en reparlerons plus tard), le fait que sa scolarité n'ait pas été très perturbée, enfin et surtout le succès spectaculaire du Lithium avec disparition de tout sypmtôme pathologique sont en faveur de ce diagnostic.

Une analyse un peu plus approfondie met cependant en évidence toute une série d'éléments et de manifestations cliniques qui pourraient appartenir à un processus discordant : le jeune âge, l'ébauche de transformation corporelle évoquant une expérience de dépersonnalisation, les bizarreries dans le comportement, l'incohérence ideo-vervale etc...

Il est difficile d'affirmer que toutes ces manifestations aient pu être seulement ludiques. En outre la périodicité n'est pas évidente. Durant l'évolution de Mars 1971 à sa sortie en Mars 1974, on ne note pas de périodes intercritiques caractérisées. Paul n'est jamais revenu à un état de "parfaite normalité".

On pourrait également discuter une bouffée délirante. Mais la première hopitalisation est précédée de troubles psychopathologiques. Le délire n'a pas été polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes. La conscience n'était pas altérée. Par ailleurs, l'évolution n'a pas été réversible par les thérapeutiques habituelles.

Peut-on,en définitive, retenir le diagnostic de schizophrénie dysthymique ou affective ? La question restera posée.

OBSERVATION N°2

Madeleine M.....née le 7.4.1957

1) Hérédité :

- Le père a fait plusieurs séjours en milieu psychiatrique pour états dépressifs.

- La grand-mère maternelle a fait deux séjours en service spécialisé : . à 24 ans pour psychose puerpérale
. à 77 ans pour mélancolie

2) Milieu familial :

Très fruste et pauvre.

Le père :
parle beaucoup et d'une manière difficilement comprhensible. Il est impossible de savoir s'il éprouve un attachement affectif quelconque pour sa fille, tant il est écrasé par des problèmes financiers. Il manque de logique et ne comprend pas très bien la situation.

La mère :
est un élément perturbateur. Débile, revendicatrice, agressive, elle manque totalement de jugement et tient sa maison d'une façon absurde et incohérente.

Madeleine :
a deux frères :

- l'un de 24 ans , auquel elle paraît très attachée.
- un autre âgé de 11 ans.

Ceci en 1972.

La grand-mère :

jusqu'en Septembre 1971, c'est elle qui a élevé Madeleine qui lui reste très attachée.

3) Personnalité prémorbide et troubles antérieurs :

Jusqu'à son certificat d'études en Septembre 1971, elle est élevée par sa grand-mère. Elle est alors admise dans un lycée. Dépaysée, naïve, peut-être un peu simple, elle fait l'objet de brimades et de sarcasmes. Elle fugue, fabule, fait état, auprès de ses compagnes de prouesses imaginaires. Retirée du lycée, elle poursuit sa scolarité dans un établissement religieux. Son travail est nul. Les professeurs se plaignent de sa distraction, de son attitude renfermée et de ses difficultés relationnelles.

C'est alors, qu'en Février 1972, elle est vue en consultation dans le service de psychiâtrie du CHR. Elle apparaît comme une adolescente douée d'une intelligence normale mais elle semble s'adapter avec peine aux situations nouvelles.

Bien que capable d'une certaine abstraction qui l'entraîne souvent hors du réel, elle a de grosses difficultés à se contrôler en ce qui concerne le raisonnement logique. Sa personnalité paraît mal structurée. Aux événements du monde extérieur, elle réagit de manière impulsive et inadéquate.

A l'égard des images parentales et de la féminité ressentie comme dangereuse, d'énormes problèmes se font jour.

Madeleine parle beaucoup, tient absolument à paraître à l'aise. De l'aisance elle en a, certes, sur le plan verbal mais ses propos paraissent parfois inconsistants. On la sent prête à fuir la réalité pour éviter tout problème.

Elle ne se plaît pas chez ses parents, assure qu'elle ne veut pas rester chez eux, qu'ils sont pour elle un sujet de honte. Au terme de l'entretien, on retient une importante carence affective dont l'importance n'est pas moindre dans l'apparition des troubles.

Il semble que Madeleine se "structure sur un mode caractériel".

4) Histoire clinique :

- La première hospitalisation a lieu en Juillet 1972 dans le service de psychiâtrie du CHR pour des manifestations évoquant une bouffée délirante aiguë et quelques éléments rappelant la schizophrénie : conduites négativistes (fugues, refus d'aliments, et même inertie totale).

Dans le service, on lui administre de fortes doses de neuroleptiques. Quelques symptômes pathologiques rebelles (inhibition gestes ralentis, perte de l'initiative motrice) persistent , que seule, une série d'électrochocs fait considérablement régresser.

Au bout d'un mois, une nette amélioration se manifeste. Mais elle est suivie d'une rechute pour laquelle une sismothérapie est à nouveau mise en oeuvre.

Au mois de Septembre enfin, l'évolution se fait favorablement et l'état clinique paraît stable.

Le diagnostic hésite entre une bouffée délirante aiguë et une psychose discordante, en raison du comportement parfois catatonique.

Elle quitte le service avec un important traitement neuroleptique. Le pronostic reste sombre. Cependant l'amélioration autorise un allégement thérapeutique.

En Mai 1974, une rechute sur un mode anxieux la conduit à une seconde hospitalisation. Les divers entretiens font apparaître la malade encore discordante. Son état s'améliore grâce à quelques ajustements thérapeutiques, peut-être aussi du fait de l'éloignement d'un milieu familial très pathogène. Elle sort en Juin, retourne chez ses parents, poursuit sa scolarité tant bien que mal.

C'est la réapparition en Octobre 1974 de conduites négativistes (isolement, claustration) qui justifie une nouvelle hospitalisation, au centre psychothérapique de la Chartreuse, dans le service de Madame Lévêque.

Là, très inhibée, Madeleine n'a qu'un contact verbal très pauvre ; elle est boulimique, a sans cesse besoin d'être stimulée.

Progressivement, le contact devient meilleur. Elle est alors euphorique, voire légèrement excitée.

Elle ne délire pas, n'a pas d'hallucinations mais reste toujours discordante.

Elle quitte le service en Avril.

La 4° hospitalisation intervient un peu plus tard, à la demande des parents qui se plaignent de n'avoir plus d'autorité sur elle. Elle se présente alors comme hypomaniaque, a une grande instabilité psychomotrice et verbale.

En Juillet 1975, devant l'importance des troubles de l'humeur, on décide de la mettre au lithium.

Très rapidement,Madeleine apparaît plus calme. Son comportement s'améliore. Elle reste encore très dépendante. Des permissions sont accordées très tôt. Les week-end dans la famille se déroulent sans histoire.

Madeleine désire acquérir une certaine autonomie, au moins en ce qui concerne son habitat et son travail. Elle trouve sans difficulté un emploi : ASH depuis une dizaine de mois au centre GF Leclerc où elle est logée ; elle s'est très bien adaptée à cette nouvelle vie.

En conclusion :

Dans cette observation, on retiendra le délai d'action rapide du lithium sur les troubles de l'humeur et l'évolution favorable qui a permis une réinsertion sociale et professionnelle satisfaisante.

Il s'agit d'un cas dont l'évolution évoque fortement le diagnostic de schizophrénie et où les troubles thymiques n'ont en somme été que mineurs, si l'on admet que l'inhibition psychomotrice constatée à plusieurs reprises ne doit pas être considérée comme un symptôme dépressif mais comme le fait d'un comportement catatonique. On pourra s'étonner du résultat thérapeutique obtenu avec le carbonate de lithium.

O B S E R V A T I O N

N°3

Caroline M..... née le 5.8.1951

1) Hérédité :

La mère

médecin, s'est tuée dans un accident. Il s'agissait peut-être d'un suicide. Caroline avait un an.

Le père

a élevé seul ses enfants. Il est très culpabilisé par la maladie de sa fille, a fait quelques états dépressifs, vit actuellement retiré du monde. Auxilliaire médical, ayant toujours été instable sur le plan professionnel, il est depuis longtemps en invalidité pour cardiopathie.

Une soeur

aînée, actuellement séparée de son mari, manifeste également des tendances dépressives.

2) Milieur familial :

Caroline a un frère et une soeur aînés. En 1968, date du début des troubles elle vit seule, depuis quelques années avec son père. La suituation familiale est très conflictuelle et semble pathogène pour le père et la fille.

3) Personnalité prémorbide et troubles antérieurs :

En 1968, on note un changement de comportement. Autrefois calme, Caroline devient excitée, se désinteresse de ses études, échoue à son baccalauréat Philosophie, se déprime pendant les

grandes vacances mais recommence une année de Philo. Elle se replie sur elle-même, parle de suicide et tente de s'étrangler avec une sangle. C'est alors qu'elle consulte Monsieur le Docteur GEORGIN. L'entretien révèle :

- un bon contact, un peu réduit par suite d'une certaine inhibition psychomotrice.
- une importante douleur morale avec intense tristesse mais sans trace d'anxiété ou d'angoisse.
- un désintérêt total et douloureux pour le monde extérieur.
- un sentiment d'incapacité avec vécu d'une situation sans issue et surtout un profond sentiment de dévalorisation.
- des idées de suicide avec une tentative agie.

Il n'y pas trace d'autisme ; on évoque un "syndrome dépressif chez l'adolescent" avec comme facteurs déclenchants un échec au Baccalauréat et un échec sur le plan sentimental.

3) Histoire clinique :

Caroline est, à cette occasion, hospitalisée dans le service de Psychiâtrie du CHR. Traitée par antidépresseurs elle quitte le service après 5 jours.

Monsieur GEORGIN entreprend alors une psychothérapie d'orientation analytique qu'elle abandonnera au bout de six mois. Elle est ensuite suivie très régulièrement à Auxerre par Monsieur le Professeur SCHERRER.

En 1970, il semble que se soit installé rapidement un état cyclothymique : périodes d'excitation de type maniaque alternant avec des périodes de dépression. La chimiothérapie n'est guère efficace.

A partir de Janvier 1971, Caroline abandonne toute psychothérapie. Elle n'est plus alors suivie sur le plan thérapeutique.

Son père se charge de son traitement qu'il ajuste lui-même. Il désespère de sa guérison, la considère comme une grande malade qui doit être "enfermée dans un asile" et soignée énergiquement. Il la dit incapable de vivre en société. Caroline a son Bac. Elle voudrait entrer aux Beaux-Arts, faire de la décoration, mais son père s'y oppose.

La deuxième hospitalisation a lieu en Novembre 1971, devant l'apparition d'un état d'excitation modérée avec hyperactivité intellectuelle et motrice stérile, tendances kleptomaniaques, hyperexcitation sexuelle. On parle d'accès maniaque franc et typique.

Pendant le séjour, elle adresse un abondant courrier à l'interne du service dont elle est amoureuse : lui écrit des poèmes, lui dédie des dessins, en barbouille les murs etc...
Caroline reste infantile et ambivalente à l'égard de son père.

Rapidement mise en hôpital de nuit, elle se rend à la faculté la journée, rentre le soir. Ceci se révèle être un succès quant à la séparation père-fille ; mais sur le plan thymique et scolaire il existe très peu de modifications : Caroline se moque éperdument de son avenir et de ses résultats.

A cette époque, on parle de structure maniaco-dépressive avec toute la gravité que fait peser ce diagnostic sur le comportement et le pronostic. La patiente entre à la clinique Georges Dumas de la Tronche dans l'Isère. Légèrement hypomane à l'entrée, elle s'assagit pendant le séjour, mène une vie régulière, coopère aux travaux divers et se remet à des études d'anglais.

Elle demande sa sortie en Mars 1971, désirant retrouver"un milieu de vie plus normal".
Elle tente de se réadapter à la cité universitaire et à la faculté de lettres de Grenoble. Cette tentative n'aboutit pas. Elle supporte très mal la solitude et une rechute dépressive lui fait quitter la ville. Elle sollicite alors une aide maternelle et psychologique auprès de sa soeur, également étudiante.

Troisième hospitalisation en Novembre 1972, pour un accès maniaque extrêmement plus atypique que le précédent et dont la composante confusionnelle est plus marquée.

Après quelques jours pendant lesquels les neuroleptiques incisifs doivent lui être prescrits à haute dose, elle est mise sous lithium. L'agitation et l'excitation disparaissent progressivement sauf au niveau du graphisme : elle barbouille toujours sa chambre d'écrits divers. Son état clinique apparaît relativement stable, mais en restant d'une très grande fragilité. On se pose la question d'une PMD mais compte tenu du jeune âge on peut craindre qu'il ne s'agisse en réalité d'un processus dissociatif.

C'est alors que l'on se propose de l'adresser à la clinique de Laborde. Sortie du service en Février, elle ne s'y rend pas comme prévu.

Le traitement est suivi de façon fantaisiste. L'humeur reste quelque peu instable. En Août 1975, elle revient dans le service en consultation pour reprendre le lithium qu'elle a cessé depuis un an.

Elle a entre temps fait un séjour à Laborde, séjour qui s'est soldé par un échec : elle n'y est restée que 15 jours.

Depuis lors, des nouvelles parviennent régulièrement par un abondant courrier dont voici quelques extraits. On remarquera l'aisance du style :

" si la psychiâtrie se donne pour règle absolue de priver les uns de leur extravagance, les autres de leur misère, c'est vraiment lamentable...Ca ne va pas changer le monde que je change de gueule...
La nuit il n'y a pas de soleil et pourtant la nuit personne ne cherche à la rendre bleue ou jaune ou verte. Mes couleurs se confondent sur une palette solaire et elles changent souvent. Mais les psychiâtres and Co. ont tort de les mélanger pour en faire une harmonie homogène et regardable...
Fi! Si ma gueule et mon corps changent même si ma tête explose dans l'imaginaire, même si le mystère est immense et que vous ne savez pas le percer et même si ma vie ne ressemble pas à celle des autres, c'est que je le veux, et c'est décidé!....
La vie est une gigantesque mise en scène. Je ne veux pas en être une actrice. Je suis là, je respire quelquefois et si je meurs souvent c'est parceque le spectacle est mauvais..."

Cette lettre ne fait preuve d'aucun trouble syntaxique ou sémantique. Mais on y observe cependant des images fantastiques, symboliques et abstraites réalisant quelquefois une espèce de langage métaphorique qui n'est pas dénué d'une certaine valeur esthétique. A la fin de l'année 1975, Caroline décide elle-même, un nouveau séjour à Laborde. Elle y reçoit un statut mixte de stagiaire-pensionnaire, a diverses activités, continue de prendre du lithium.

Son comportement et ses aspirations revêtent parfois un caractère insolite et fantasque. En Juin 1976, elle parle de "gagner les contrées dangereuses" (= Algérie ou Maroc), abandonne tout traitement :

"Lithium et Haldol ont pris le chemin des buissonniers et je crois plus aux vertus thérapeutiques de l'amitié et du bon vin pour me sortir de ce bourbier où l'on veut volontiers me caser et

m'étiqueter..."

Elle écrit quelques oeuvres qu'elle pense publier. A l'heure actuelle, elle a repris le lithium. Il n'est pas sûr que cela soit toujours ainsi. Elle a quitté Laborde pendant les grandes vacances 1976, et vend des légumes au Halles de Paris. Elle reste hypomane.

Conclusion :

Dans ce cas, on peut seulement affirmer que l'évolution a été favorable avec amélioration des troubles de l'humeur, laissant cependant persister une certaine hypomanie.

Faut-il attribuer ce succès au lithium ? Cela n'est pas certain. Le traitement n'a pas toujours été régulièrement suivi. Il a même été arrêté à deux reprises. Quel diagnostic peut-on envisager ? Au total il s'agit d'une patiente hospitalisée une première fois en Octobre 1969 pour des manifestations dépressives, deux ans après pour un accès maniaque franc et typique et en 1972 pour un accès maniaque très atypique.

Les périodes intercritiques, avec un comportement revêtant un caractère fantasque et insolite, les troubles de l'écriture, les productions graphiques diverses, le jeune-âge, enfin le dernier accès sont très en faveur d'un processus discordant.

OBSERVATION N° 4

Agnès G... née le 14 Mars 1945

1) Hérédité :

Dans les antécédents héréditaires, on trouve une arrière grand-tante et un oncle paternels ayant présenté l'un et l'autre une psychose maniaco-dépressive.

2) Le milieu familial :

Apparaît défavorable. Les parents très infantilisants, rejettent le gendre. La malade en est consciente et ceci joue certainement un rôle important dans ses troubles.

3) Histoire clinique :

- Première hospitalisation pour état dépressif apparu après une cure d'amaigrissement.

- La deuxième hospitalisation a lieu en 1971 pour accès d'agitation avec tentative de suicide. Depuis huit jours, la malade est très hostile à son entourage.

- Une troisième hospitalisation se produit en 1972 pour état dépressif avec apparition d'un mutisme, d'asthénie, d'indifférence et désintérêt total pour ce qui l'entoure. Les thèmes dépressifs apparents surtout faits de préoccupations corporelles (obésité, règles) semblent faire écran à des difficultés plus grandes.

La malade conçoit quant aux relations de son mari avec sa mère des doutes de caractère délirant.

L'adynamie et l'inhibition motrice sont telles que l'interessée semble quasi catatonique. L'épisode dépressif paraît entrer dans le cadre d'une personnalité psychotique.
Il est traité par des anti-dépresseurs.

- En 1973 nouvelle hospitalisation : amenée par son mari, la malade est catatonique, stuporeuse, mutique.

- En Octobre 1975 cinquième hospitalisation dans le service de Madame Lévêque pour état dépressif avec inhibition psychomotrice majeure, mutisme, sans anxiété extériorisée. Il existe en outre, quelques traits obsessionnels.

Les états aigus ont jusque là toujours été de courte durée : 8 à 20 jours. Le tableau clinique a donc peu varié : 4 états de mutisme et d'opposition et un état de subexcitation.
A chaque hospitalisation, l'aspect clinique atypique fait l'objet de nombreuses discussions :

a) états dépressifs entrant dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive : en faveur de ce diagnostic on peut retenir les antécédents familiaux. Il s'agirait dans ce cas d'une PMD à forme dépressive prédominante.

b) schizophrénie à forme thymique : en faveur de ce diagnostic : les idées déchirantes ? la dysmorphophobie ?

c) un état dépressif névrotique avait été évoqué lors de la première hospitalisation. Ce diagnostic a pu par la suite être éliminé.

Chaque épisode est traité de façon symptomatique (tranquilisants, anti-dépresseurs, etc...).

Lors de ce cinquième sèjour, en Octobre 1975, en raison des antécédents et de la prédominance des troubles de l'humeur, en

dépit des incertitudes diagnostiques, on décide d'entreprendre un traitement par le lithium. Les résultats sont rapidement excellents, jamais une aussi nette rémission ne s'était manifestée. La malade se sent bien. Les relations s'améliorent.

Elle quitte le service le 7 Novembre avec le traitement suivant :

-1 Seresta 50 le soir
-1 Arrafranil 25/j
-4 Lithium
et DHE = 3 x 30 gouttes

L'amélioration sera malheureusement de courte durée.

- Une sixième hospitalisation a lieu : la malade présente des troubles de la conscience apparus assez brusquement. On note l'alternance d'hyperactivité et de stupeur, des tremblements, des mouvements incoordonnés et tout ceci fait craindre une intoxication.

L'état s'aggrave. Le lithium est arrêté en Janvier 1976.

Progressivement, en même temps qu'un nouvel accès dépressif majeur, apparaissent des troubles intellectuels profonds, sans agitation ni anxiété, semble-t-il. La mémoire de fixation est fortement touchée, le jugement très altéré.

Les tests psychométriques révèlent un taux de détérioration de 50%,mais le fait est attribué à l'inhibition dysthymique. Le traitement est arrêté. On craint une imprégnation neuroleptique : Madame G... recevait en effet depuis quelques temps, du Piportil. Elle fait, pour finir, l'objet d'une hospitalisation dans le service de neurologie du CHR. Là, on juge qu'il ne s'agit plus que d'un état dépressif majeur. On évoque toutefois l'effet néfaste d'une association Lithium-Piportil et devant l'échec des diverses thérapeutiques antérieurement employées, on entreprend un série d'électro-chocs, ce

qui entraîne une rapide amélioration.

Sur les conseils des neurologues, le lithium est rétabli en Mars à doses telles que la lithiémie ne dépasse pas 0,5 mcq/l.

Il est associé à des anti-dépresseurs. En Septembre 1976, on note une rechute sous forme d'état dépressif mineur rapidement jugulé par un traitement adéquat .

En définitive :

On se trouve en présence d'une psychose cyclique qui soulève des problèmes diagnostiques intéressants et difficiles, et qui sur le plan pharmacologique pourrait avoir mis en évidence l'effet néfaste de l'association lithium-neuroleptiques. On note un succès relatif du lithium, réserve faite d'un recul insuffisant.

OBSERVATION N°5

Madame Ghislaine Le B...

1) Hérédité :

On ne note rien de particulier.

2) Milieu familial :

Est sans aucune particularité objectivable.

3) Personnalité prémorbide et troubles antérieurs aux premières hospitalisations :

Elle est d'abord suivie un an en ambulatoire pour syndrôme dépressif, avant la première hospitalisation.

4) Histoire clinique :

- La première hospitalisation intervient en Septembre 1963, dans le service de neurologie du CHR à l'occasion d'une crise d'agitation anxieuse. Elle a 17 ans.

Pendant les cinq mois d'hospitalisation, le tableau clinique prend une tournure préoccupante : cette jeune fille apparaît comme présentant un état démentiel discordant avec troubles du cours de la pensée. Celle-ci apparaît comme embrouillée, desordonnée avec de fréquents barrages, des associations idéiques parfois extravagantes. Les relations affectives sont très perturbées. On note l'existence de conduites négativistes : accès de mutisme et même parfois

refus de s'alimenter, le tout sur un fond d'inertie. On remarque également une anxiété mal définie, l'extériorisation d'idées délirantes mal systématisées et de quelques idées d'auto-destruction.

L'ensemble de la symptomatologie évoque le diagnostic de shizophrénie et après l'échec d'un traitement neuroleptique, on envisage une cure de SAKEL (50 comas). L'état clinique s'améliore. Elle est alors adressée dans une maison de post cure à Hyères avec un petit traitement neuroleptique. Elle retourne ensuite vivre chez ses parents, va tant bien que mal, est instable sur le plan professionnel : elle remplit divers petits emplois qu'elle abandonne chaque fois très rapidement, parcequ'elle se sent "fatiguée". Le traitement est suivi de façon fantaisiste.

On note deux nouvelles hospitalisations pour états dépressifs (semble-t-il) en Mars 1964 et Août 1966. En Septembre 1966, après un mois d'hospitalisation, elle entre dans un centre féminin de réadaptation professionnelle à Talloire. Le séjour se déroule sans incident notable, si ce n'est par intermittence une légère excitation. Elle prend son traitement plus ou moins régulièrement, passe son CAP qu'elle obtient en Juillet 1968, s'emploie à la rentrée comme assistante de laboratoire dans un lycée, va relativement bien. D'Octobre 1968 à Octobre 1970 elle ne présente aucun épisode pathologique notable, accouche d'une petite fille en Février 1970, n'en avertit la famille que trois mois plus tard.

Pendant cette période de deux ans, il semble cependant qu'il y ait eu une légère oscillation thymique.

- En Octobre 1970 elle doit être à nouveau hospitalisée. Déprimée, très anxieuse, elle présente des éléments délirants à thème de persécution, est persuadée qu'elle a un comportement anormal, craint qu'il n'en soit de même pour sa fille. Elle ne parvient plus à assumer un rythme de travail normal.

Une sysmothérapie est entreprise, qui l'améliore considérablement. Moins anxieuse, moins préoccupée, elle quitte le service en Novembre avec un traitement neuroleptique et anti-dépresseur.

Au terme de ce séjour se pose le problème de la réalité d'une schizophrénie chez cette jeune-femme de 26 ans. Il existe des éléments psychotiques. Les préoccupations délirantes à thème de persécution (on parle d'elle, on l'accuse etc...) très masquées au niveau du langage, apparaissent surtout dans le comportement, l'attitude de méfiance, la répétition stéréotypée des questions.

Après sa sortie, elle est régulièrement suivie en consultation, reprend son travail, arrête d'elle-même certains médicaments. Elle va à peu près bien jusqu'en Avril 1973, où elle fait un nouveau séjour en service psychiatrique pour un accès maniaque entraînant des troubles graves du comportement notamment dans le domaine professionnel : elle insulte le personnel du lycée où elle travaille, entre en plein cours dans les classes etc...

Compte tenu des troubles de l'humeur, une thérapeutique au lithium est entreprise. Après quelques temps son traitement ne compte plus aucun autre médicament. Elle paraît très améliorée. Elle garde une humeur habituellement euphorique.

-Nouvelle hospitalisation : en Novembre 1974 pour un état dépressif : elle est très asthénique et très anxieuse. Après une semaine d'un traitement anti-dépresseur, son état paraît évoluer favorablement. Elle conserve cependant une variabilité de l'humeur : passe facilement d'un état d'excitation à un état de bouderie pathologique et prostration avec crises de larmes.

Elle quitte l'hôpital en Décembre avec cinq gélules de lithium et un léger traitement anti-dépresseur.

Un nouvel accès maniaque justifie une cinquième hospitalisation en Février 1974.

L'amélioration ne sera obtenue que grâce à un important traitement neuroleptique progressivement diminué.

Actuellement l'humeur comporte encore des oscillations de faible amplitude, ce qui nécessite des réajustements thérapeutiques fréquents.

L'adaptation sociale et professionnelle est relativement satisfaisante. Elle vit seule. Son enfant est élevé par sa mère.

En conclusion :

Après plus de trois ans sous lithium, cette patiente conserve des troubles thymiques avec variabilité de l'humeur. L'intensité des accès n'atteint cependant pas celle des accès ayant précédé l'instauration du traitement.

Le diagnostic, dans ce cas encore, reste incertain. En effet, s'il semble que les premiers accès puissent être qualifiés de bouffées délirantes aiguës polymorphes ayant soulevé le problème d'une schizophrénie, on ne peut manquer de remarquer l'existence de périodes intercritiques parfois longues et apparemment dépourvues de toute manifestation psychotique .

Compte tenu des troubles de l'humeur, on peut se demander aussi s'il ne s'agit pas d'une psychose maniaco-dépressive : l'âge d'apparition des troubles n'est pas très en faveur de ce diagnostic et il ne faut pas oublier que le tableau clinique comprenait parfois des éléments discordants.

O B S E R V A T I O N

N°6

André F... né le 20 Mai 1945

Cette observation concerne un homme exerçant la profession d'électricien au centre d'energie atomique de Valduc.

1) Hérédité :

Rien qui ne soit connu.

2) Milieu familial :

Les parents sont surprotecteurs et anxieux.
Il a une soeur née en 1953.

3) Caractère prémorbide et troubles antérieurs :

En 1964, à la fin du service militaire, il présente un sentiment d'altérité hostile sous-tendu par des interprétations délirantes ; ressent les autres et soi-même comme étranges, impersonnels, flous, éprouve une impression de détachement de la réalité. Il fait un état dépressif qu'il attribue à l'éloignement du milieu familial. Après la libération, la réadaptation sociale se révèle difficile. Des manifestations anxieuses nécessitent un traitement ambulatoire.

4) Histoire clinique :

La première hospitalisation a lieu en Juillet 1968, dans le service de Monsieur le Professeur BALLIVETpour un syn-

drôme dépressif atypique, avec idées délirantes de persécution, mal systématisées, portant notamment sur l'environnement professionnel : ses camarades de travail l'embêtent.

Devant l'importance du délire et son aspect paranoïde se pose le problème d'une psychose dissociative.

Un traitement neuroleptique est entrepris, Monsieur F... sort un mois plus tard, sans être amélioré. Le pronostic reste réservé.

- deuxième hospitalisation trois mois plus tard. L'interessé est admis dans le service de neuropsychiâtrie du Centre Hospitalier Régional de Besançon pour un état dépressif atypique accompagné d'interprétations délirantes et d'idées de persécution de la part de son entourage et plus particulièrement de son chef. Il a l'impression que l'on chuchote, que l'on parle de lui. Il "entend de vagues réflexions" mais on ne peut assurer qu'il s'agisse d'hallucinations caractérisées. Il présente également un sentiment de dépersonnalisation, se plaint d'être transformé a l'impression d'un dédoublement de la personnalité,, d'une certaine bizarrerie du monde extérieur. Il n'y a aucune manisfestation d'automatisme mental.

Toute cette symptomatologie évolue sur un fond indiscutablement dépressif avec asthénie, tristesse, dégoût de la vie, ralentissement psychique global, en particulier incapacité de toute réflexion, insomnies, céphalées. Le diagnostic d'état dépressif d'allure schizophrénique est alors évoqué mais le psycho-diagnostic deRorschach est fortement évocateur d'une dépression mélancolique sur un fond psychasthénique et ne révèle aucun élément discordant ou délirant. S'agirait-il alors d'un état dépressif atypique passager ? La question est posée.

En Février, le patient quitte l'hôpital psychiâtrique avec un traitement neuroleptique. On le croit rétabli.

De 1968 à 1973, il mène,semble-t-il, une vie normale, tout en suivant le traitement prescrit. Il rechute en 1973, s'arrête de travailler pendant un mois et reçoit un traitement ambulatoire à base d'anti-dépresseurs (Tofranil). Tout élément dépressif semble disparaître.

En Septembre de la même année, il se marie. Son choix se porte sur une femme d'un niveau intellectuel très inférieur au sien et l'entente sera médiocre.

- Troisième hospitalisation en Mai 1974. Malgré le traitement, il se trouve à nouveau déprimé et doit être hopitalisé. Il quitte le service quelques jours plus tard en état d'agitation et contre l'avis de son médecin.

Il est alors suivi en consultation par le service de Madame Lévêque au centre psychothérapique de la Chartreuse.

En Novembre 1974, alors que jusque là et depuis Juin les troubles de l'humeur dominaient la scène clinique, se manifeste à nouveau, un délire d'interprétation sur le lieu du travail. Certaines personnes sont désignées pour embrouiller son travail et emmêler ses fils électriques. Le délire s'étend ensuite à son entourage familial et aux personnes qui prennent le bus avec lui. Il est pauvre, peu systématisé, peu logique. Un traitement neuroleptique (ORAP) dissipe progressivement le délire, mais n'arrive pas à contrôler de nombreux autres troubles tels que la fatigue, l'hypersomnie ou au contraire l'insomnie que l'on peut sans doute mettre sur le compte d'un fond dépressif permanent.

D'Avril 1975, où il devient père d'une petite fille, à Juin 1975 le malade apparaît très amélioré. Le délire a disparu, le tonus est satisfaisant. A partir de Juillet, l'état psychiâtrique se dégrade progressivement. Le malade présente de nouvelles interprétations à la limite du délire, accuse encore la malveillance de l'entourage.

L'adaptation professionnelle reste médiocre. Il travaille par périodes et pour peu de temps, se plaint d'asthénie, de tristesse, se montre apragmatique, appréhende chaque reprise du travail. Le diagnostic apparaît difficile: depuis 1973, le tableau est dominé par des troubles thymiques, essentiellement dépressifs.

Chaque fois les troubles de l'état général sont majeurs : asthénie, insomnie. Il existe quelques périodes pendant lesquelles surviennent des idées délirantes à mécanisme interprétatif.

La symptomatologie somatique disparaît alors. Par ailleurs la demande médicamenteuse se fait, chaque fois, plus exigeante, en particulier en matière d'anti-dépresseurs et de sédatif.

- Quatrième hospitalisation : c'est pour une cure de désintoxication médicamenteuse qu'il doit être à nouveau hospitalisé en Novembre 1975.

Il se présente toujours comme un homme déprimé, asthénique, ayant de gros troubles du sommeil. Tout rentre dans l'ordre avec un traitement modeste. Des neuroleptiques retard sont prescrits (Piportil L_4), et le malade sort après huit jours d'hospitalisation.

Revu quelques temps plus tard en consultation il apparait à nouveau fatigué, insomniaque, abuse à nouveau des hypnotiques a une conscience pénible de son état et le fait de ne pouvoir encore reprendre son travail lui inspire un profond sentiment de culpabilité.

Devant la recrudescence des éléments dépressifs, et compte tenu des antécédents on décide en Mars 1976 une :

- Cinquième hospitalisation : pour mise en oeuvre du lithium. Dix jours plus tard, il reprend le travail.

L'amélioration d'abord nette, s'estompe rapidement et l'on voit réapparaître la même symptomatologie.

Le 8 Juin 1976, le sujet percute un arbre à 120 Km/h Il se tue : s'agit-il d'un suicide ?

Conclusion :

Le recul n'a certes pas été suffisant pour apprécier l'efficacité du lithium.

Il s'agit bien d'un cas de psychose,intéressant surtout par le fait que les périodes délirantes ont alterné avec les périodes dépressives,sans périodes intercritiques. L'analyse en est bien délicate. Dans les premiers temps, la symptomatologie discordante semblait déterminer la structure fondamentale, tandis que les éléments thymiques représentaient une superstructure et l'on pouvait alors sans problèmes évoquer une schizophrénie à forme thymique.

Plus tard, les choses ont été moins nettes. Les accès dépressifs ne semblaient plus sous-tendus par des éléments discordants. Mais il n'en reste pas moins que dans leur intervalle le malade délirait, que le délire à thème de persécution était peu systématisé, peu logique, et que l'adaptation sociale et professionnelle est toujours restée médiocre.

Compte tenu des antécédents, il semble que l'on puisse,malgré tout,retenir le diagnostic de schizophrénie.

OBSERVATION N°7

Madame Annie B... née le 15 Mai 1946.

1) Hérédité :

Le père a été traité à maintes reprises dans le service de psychiâtrie de l'Hôpital Général pour des accès maniaques entrant dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

2) Milieu familial :

L'entente entre ses parents n'a jamais été très bonne, le climat familial toujours très tendu avec de fréquentes querelles.

3) Histoire clinique :

- La première hospitalisation intervient en Septembre 1963 dans le service de psychiâtrie de l'Hôpital Général en raison d'une tentative de suicide par ingestion de médicaments (procalmadiol). Annie a 17 ans. Célibataire, elle vit chez ses parents. Employée de bureau dans une usine, elle prépare le CEP, par les cours Pigier.

A l'entrée, elle présente un "état maniaque atypique". Les bizarreries du comportement, les attitudes incohérentes et insolites, les tentatives d'auto-mutilation (en particulier sur les cheveux), l'affleurement d'un délire de persécution sont en effet des éléments préoccupants, en faveur d'un processus discordant.

Devant l'échec d'un traitement neuroleptique (Thiopropérazine, Lévomépromazine), une cure de SAKEL est entreprise (50 comas) qui entraîne rapidement une amélioration du tableau clinique permettant une sortie pour une maison de repos en Février 1964.

L'intéressée garde le traitement suivant :

- Thiopropérazine 10 = 2 cps (Majeptil)
- Levomépromazine 25 = 2 cps (Nozinan)

- En Décembre 1964 : elle fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation pour un état d'excitation psychomotrice. L'ajustement de son traitement neuroleptique permet une sortie rapide, mais l'amélioration n'est que relative. La réadaptation professionnelle n'est pas très satisfaisante.

La malade est mal tolérée par sa famille. Elle accouche d'une fille en 1967, se marie en Septembre 1969. Son mari n'est pas le père de son enfant.

- Un mois plus tard en Octobre, nouveau séjour pour un épisode mélancolique. On note alors des manifestations délirantes polymorphes (convictions, interprétations), des manifestations oniriques, un comportement catatonique parfois.

Le diagnostic de schizophrénie, déjà évoqué antérieurement semble se confirmer.

- Sortie le 31 Octobre, Madame B... est à nouveau hospitalisée le 3 Novembre. Le délire persiste très actif. La thérapeutique est modifiée comprenant alors :

- Chlorpromazine 25 : 6 cps/J (Largactil)

L'intéressée quitte le service le 17 Novembre; elle est à nouveau enceinte, abandonne tout traitement après l'accouchement de sa seconde fille.

- En Février 1971, elle est à nouveau hospitalisée pour une tentative de suicide avec un couteau de cuisine, tentative réalisée semble-t-il, sur un mode très impulsif au cours d'un raptus anxieux et délirant. La malade se replie sur elle-même, le délire appauvri, difficile à pénétrer,évoque l'autisme. Le comportement est bizarre, souvent déconcertant.

Les troubles ne s'amendent que grâce à un important traitement neuroleptique. Madame B... sort en Mars avec :

-350 gouttes Trifluopérazine (Terfluzine)
-200 gouttes Levomépromazine (Nozinan)

Elle est ensuite revue en consultation tous les deux mois environ, jusqu'en Août 1971. Elle va bien , s'occupe normalement de ses enfants, a parfois quelques angoisses.

- C'est en Juin 1973 qu'elle entre pour la première fois dans le service de Madame Lévêque, au centre de psychothérapie de la Chartreuse, après une troisième tentative de suicide. Elle présente un état dépressif grave avec asthénie, inertie psychomotrice, insomnie, idées délirantes.de persécution et d'auto-accusation (s'accuse de la mort de certains membres de sa famille et craint qu'ils ne se vengent), hallucinations auditives et psychiques (voix intérieures qui lui dictent ses actes).

Elle reçoit un traitement anti-dépresseur et tranquillisant.Les troubles de l'humeur ayant jusque là d'une part dominé la scène clinique, d'autre part alterné, on associe à cette thérapeutique un normothymique : dipropyl acétamide (Dépamide).

Dès lors, l'amélioration symptomatique est remarquable avec disparition de l'inertie psychomotrice et des éléments délirants. Madame B... quitte le service en Juillet, va tant bien que mal jusqu'en Novembre où un nouvel état dépressif la conduit à une seconde hospitalisation au centre psychothérapique de la Chartreuse.

L'aboulie, la persistance des éléments délirants, sur des thèmes de persécution, d'impuissance, d'incapacité, d'auto-dépréciation et d'auto-accusation sont en faveur d'un épisode mélancolique. Mais les bizarreries, les impulsions motrices apparemment immotivées, les tentatives d'auto-mutilation(cheveux), les sentiments d'étrangeté vécus dans la sphère du corps, les hallucinations cenesthésiques (impression somesthésiques douloureuses) évoquent un processus discordant. Le diagnostic reste donc incertain, oscillant entre :

-1- schizophrénie d'une part.

-2- PMD avec manifestations délirantes d'autre part.

Malgré une thérapeutique adéquate, l'amélioration est très lente. Il persiste une légère variabilité de l'humeur.

- Troisième hospitalisation dans le service de Madame Lévêque en Novembre 1973.

Tandis que les attitudes théatrales, les tentatives de suicides à l'occasion desquelles elle est toujours très satisfaite de l'effet produit sur l'entourage, paraissent d'ordre névrotique ; d'autres éléments appartenant à la série mélancolique , identiques à ceux déjà présentés antérieurement sont plus inquiétants.

- Nouveau séjour en Février 1974 : pour un état dépressif grave avec tentative de suicide par ingestion de comprimés. Madame B... présente les mêmes idées de péjoration imaginative de l'existence future, d'auto-dépréciation, de persécution etc... On retrouve également les bizarreries du comportement, les sentiments d'étrangeté etc...

Une thérapeutique anti-dépressive (clomipramine: anafranil) permet une sortie rapide. La malade va relativement bien, a un troisième enfant en Novembre 1974.

colie délirante : thèmes en particulier.

PMD à forme délirante, ou schizophrènie à forme thymique, il est encore difficile de trancher.

colie délirante : thèmes en particulier.

PMD à forme délirante, ou schizophrènie à forme thymique, il est encore difficile de trancher.

O B S E R V A T I O N

N°8

Agnès P... 18 ans lors de la première hospitalisation.

1) Hérédité et Milieu familial :

Le père :
agriculteur, semble effacé.

La mère :
autoritaire, envahissante, hyperprotectrice, ne laisse pas à sa fille la possibilité de s'exprimer.

Elle est la 4ème :
d'une fratrie de 5 enfants comprenant 4 filles et un garçon : ce dernier serait un enfant adopté.

2) Personnalité prémorbide et troubles antérieurs aux hospitalisations :

L'interessée aurait été hospitalisée à maintes reprises en milieu psychiatrique en particulier à Troyes où elle serait restée 6 semaines. Elle est décrite par ses parents comme renfermée, ayant tendance à s'isoler, peu hardie à certaines périodes, accablée depuis l'enfance par des sentiments d'infériorité dûs à son obésité.

3) Histoire clinique:

- La première hospitalisation intervient en Janvier 1972, dans le service de psychiâtrie du CHR en raison d'une tentative de suicide par ingestion de médicaments (meprobamate,

diazépam, clomipramine). Les troubles semblent remonter à l'été précédent. Deux événements contemporains sont indiqués par l'entourage comme "facteurs déclenchants":

- l'échec au CAP.

- la mort de six amis dans un accident de la circulation.

C'est alors que sont apparus des perturbations du sommeil, des variations de l'humeur imprévisibles et sans périodicité, quelques éléments délirants dont certains semblent participer d'un syndrôme d'automatisme mental (impression de devinement de la pensée) des hallucinations visuelles . Le dernier point reste hypothétique. Il est rapporté par la famille. La malade parle plus volontiers de cauchemards.

Pendant le mois où elle sera hospitalisée, le diagnostic incertain est l'objet de nombreuses discussions. Deux affections psychiâtriques de pronostic diamétralement opposé retiennent plus particulièrement l'attention :

- compte tenu du comportement présenté dans le service (attitudes théâtrales d'allure hystérique), compte tenu de la tentative de suicide et du contexte familial (mère en particulier) on pourrait envisager des manifestations de la série névrotique avec quelques traits caractériels surajoutés.

- toutefois, l'existence d'éléments peut-être délirants dans la période qui a précédé l'hospitalisation, les troubles thymiques avec pendant son séjour l'apparition d'une humeur de tonalité maniaque sont de plus mauvais pronostic.

Quoiqu'il en soit une thérapeutique faite de neuroleptiques incisifs et sédatifs est entreprise qui amène rapidement une amélioration du tableau clinique.

La malade sort en Mars avec le traitement suivant :

- 3x5 gouttes Halopéridol
- 1 Thioridazine 50 (Melleril) le soit
- Trihexyphénidyle 5 : 2/jr (Artane)

Elle est régulièrement suivie en consultation, toujours accompagnée par sa mère qui souvent ne la laisse pas s'exprimer, parlant à sa place.

Elle prend rapidement un emploi, travaille d'abord à mi-temps comme femme de ménage puis comme auxilliaire à l'hôpital de Châtillon sur Seine, ce qui n'a pas été sans poser de problèmes : la mère qui s'était jusque là toujours opposée à toute tentative d'autonomie, n'a accepté qu'après de longues discussions que sa fille quitte la ferme.

Notre malade va bien jusqu'en Août 1974, où intervient une nouvelle hospitalisation pour troubles du comportement avec mutisme complet, apraxie etc... Une légère amélioration permet l'obtention de rapports plus aisés.

Malgré une expression verbale réduite, on pense qu'il s'agit d'une bouffée délirante, car l'intéressée a présenté à plusieurs reprises des épisodes maniaques d'une heure ou deux dans la journée avec extériorisation d'idées délirantes. L'ajustement de son traitement neuroleptique lui permet de quitter le service en Septembre.

Lors des consultations ultérieures, lasymptomatologie dominante est thymique. Il existe en effet une sorte d'état mixte avec en même temps l'extériorisation d'éléments de la série mélancolique et maniaque. Les idées délirantes persistent.

C'est donc devant l'existence de troubles thymiques sur une psychose qui reste encore à déterminer, que l'on instaure le carbonate de lithium en Octobre 1974.

L'humeur reste instable et dix jours après l'instauration de ce nouveau traitement on note une rechute sous forme d'accès maniaque qui conduit cette jeune fille à une

- troisième hospitalisation : à l'entrée, elle présente un état d'excitation qui nécessite entraves et isolement pendant quelques temps.

Des éléments délirants à thème de culpabilité pathologique (surtout sexuelle) et d'auto-accusation accompagnés d'une angoisse à forte charge hypochondriaque et de phobies graves (dysmaphophobies, nosophobies, illusions de grossesse) apparaissent.Un TAT réalisé à cette époque, révèle de grosses difficultés d'expression, des inhibitions importantes surtout au niveau des planches faisant référence à l'oedipe ou à la relation à la mère.

" Les mécanismes de défense sont de la série obsessionnelle et de l'ordre de l'inhibition souvent inopérants et accompagnés de manifestations d'échec (flou du discours, coupures dans le récit, fabulation hors images etc...) qui témoignent d'une invasion du processus primaire. Dans l'ensemble, l'impact fantasmatique est si important que la malade ne peut ni verbaliser, ni construire une histoire structurée.

On note un problème relationnel important avec la mère : relation archaïque dont elle ne peut sortir. La présence du père n'apparaît pas. Il n'y a pas de perception de la relation triangulaire. L'oedipe est menaçant pour elle. Le couple est vécu comme dangereux. Après description, elle ne peut élaborer une histoire ou si elle perçoit, elle en fait des "masques" mais qui s'animent et demeurent suspects (éléments interprétatifs).

Le problème essentiel qu'elle ne peut résoudre, semble résider au niveau de son identité : qui suis-je ? un homme ? une femme ?

L'image que reflète le test est cependant manifestement féminine.

Ce TAT, à l'égard duquel elle reste très critique, exprime la dépression : elle demeure recroquevillée, les épaules tombantes, le regard triste pendant toute sa durée."

Au cours de ce nouveau séjour, les troubles s'améliorent progressivement avec un traitement adéquate, mais la variabilité de l'humeur persiste avec alternance très rapide de dépression et d'excitation.

On ne peut parler d'une PMD véritable. Il est alors manifeste qu'existe à côté quelque chose de plus important qui pourrait bien être une psychose chronique de type schizophrénique. On pourrait alors évoquer le diagnostic de schizophrénie à forme thymique.

Au lithium est associé un neuroleptique retard : Décannoate de fluphenazine en injection toutes les trois semaines (Modécate 3ml).

La malade quitte le service en Novembre. Actuellement après 24 mois sous lithium, elle n'a présenté aucune rechute. Elle garde une activité sociale satisfaisante. L'adaptation familiale est bonne, la variabilité de l'humeur nettement améliorée.

En conclusion :

L'évolution a donc été favorable, mais on ne peut parler ici de résultat spectaculaire du lithium. N'oublions pas qu'Agnès conserve encore aujourd'hui un traitement neuroleptique.

Il est donc difficile de faire la part des choses.

OBSERVATION N°9

Claire D... née le 20 Avril 1940.

1) Hérédité :

L'un de ses frères est actuellement hospitalisé. Il serait atteint d'une psychose paranoïaque.

2) Milieu familial :

Son père est décédé alors qu'elle avait onze ans et demi.

Elle décrit sa mère comme un "être autoritaire, méfiant, s'occupant trop de ses enfants".

Elle est la troisième d'une fraterie de neuf enfants comprenant trois garçons et six filles.

3) Caractère prémorbide et troubles antérieurs aux hospitalisations :

On ne note pas d'antécédent psychiâtrique personnel notable si l'on fait exception d'un caractère apparemment cyclothymique voyant ces derniers temps les cycles prendre de l'ampleur en durée et en intensité.

Claire D... est infirmière diplômée d'état et a successivement travaillé à la clinique Saint Joseph de Paris puis à partir de 1972 à la maternité du Bocage et au centre Georges François Leclerc de Dijon.

Elle se marie en Juin 1972, aurait de gros problèmes relationnels avec son mari.

4) Histoire clinique :

- La première hospitalisation intervient en Janvier 1973 pour un état d'excitation psychomotrice qui semble entrer dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive.

Elle est en arrêt de travail depuis deux mois : très excitée, elle fait des dépenses inconsidérées, a peur de ne plus pouvoir assumer son travail.

A l'entrée dans le service du professeur MARIN, elle est prostrée. La mimique est pauvre, la parole lente et monotone. On note déjà une incohérence idéo-verbale que confirmeront divers entretiens ultérieurs.

Les troubles du cours de la pensée avec association d'idées s'enchaînant par contamination, dérivation, substitution, l'impénétrabilité parfois, les sentiments d'étrangeté et de dévitalisation, l'ambivalence affective, la rupture du contact avec le monde relationnel, les éléments délirants interprétatifs et à thème de culpabilité et d'auto-accusation, l'apragmatisme sont nettement en faveur d'un processus discordant.

Une thérapeutique neuroleptique et anxidytique est entreprise. L'amélioration est lente, incertaine. La malade quitte le service en Mars 1973 ; elle est hypomaniaque. Le traitement est ainsi constitué :

- Trifluopérazine : 15 gouttes (Terfluzine)

- Lévomépromazine embonate : 2 ml
(Nozinan)
- Sulpiride fort : 3 comprimés (Dogmatil)
et correcteurs.

Dans la même année, l'intéressée fait deux nouveaux accès maniaques qui la mènent chaque fois à une hospitalisation de courte durée.

Un traitement au lithium est entrepris au mois d'Avril. Les doses de neuroleptiques sont progressivement diminuées.

- Un quatrième séjour en milieu psychiatrique a lieu en Novembre 1973, en raison d'une tentative de suicide par ingestion de médicaments (40 comprimés de Terfluzine).

A l'entrée, elle est euphorique. Le contact est aisé et on note une indifférence totale vis à vis de ce qui vient de se passer.

La variabilité de l'humeur n'a cessé et ne cesse de persister avec alternance d'états dépressifs la clouant au lit, et d'états d'excitation la poussant à des excentricités, des actes insolites (chèques sans provision par exemple).

Pendant cette hospitalisation qui se poursuivra 4 mois le lithium qu'elle prenait de façon fantaisiste est rétabli. On y associe des neuroleptiques retard en injection toutes les trois semaines (3ml de Décanoate de Fluphénazine : Modecate).

L'état cyclothymique s'avère difficile à stabiliser, nécessitant des ajustements thérapeutiques variés : neuroleptiques ou anti-dépresseurs supplémentaires.

Les accès sont plus souvent maniaques que dépressifs.

Progressivement améliorée, devenue plus calme, Claire quitte le service en Février 1974. Elle désire alors travailler à Paris et envisage la séparation de corps avec son mari. Il existe en effet, et comme nous l'avons déjà dit, de gros problèmes relationnels sans doute accrus par la mère. Cette dernière, par un abondant courrier adressé au service , affirme que sa fille "était tout à fait saine d'esprit avant son mariage" et que le "gendre est seul responsable de sa maladie".

Au terme de ce séjour, devant l'existence d'éléments discordants et de troubles de l'humeur évoluant sur un mode cyclique le diagnostic de schizophrénie à forme thymique est évoqué.

Régulièrement suivie en consultation, cette malade va bien, parait bien adaptée à la vie conjugale qu'elle a reprise, et à la vie professionnelle. Elle travaille à L'Hôtel Dieu à Paris, en est très satisfaite. L'humeur semble stabilisée.

Cependant, le traitement est irrégulièrement suivi.

La réapparition d'une instabilité professionnelle (changements répétés d'emploi), l'incurie, la modification de l'affectivité (indifférence), la passivité, l'existence de troubles du cours de la pensée avec fréquents barrages la conduisent à

- une cinquième hospitalisation en Mars 1975. Le tableau clinique reste inchangé avec alternance de phases d'excitation et de dépression parfois anxieuses, difficiles à juguler par une thérapeutique adéquate.

Une mise sous tutelle est envisagée, une procédure de divorce engagée.

Quelques modifications sont apportées au traitement :

Claire refuse de continuer à prendre le lithium qui"ne l'améliore pas". Elle ne reçoit donc plus que des neuroleptiques incisifs : Semap : 1/semaine (Halopuidol Ketard).

L'instabilité thymique demeure sur un mode mineur, avec cependant une prédominance de l'aspect hypomaniaque. On n'observe plus aucun élément délirant ou discordant à compter d'Octobre 1976. Mais Claire a de grosses difficultés pour dépasser les aspects matériels de sa vie (divorce, tutelle, vie du service) et aborder ses propres problèmes. Actuellement, elle paraît moins détachée de la réalité, envisage une sortie "prochaine" et désire entreprendre une nouvelle formation professionnelle paramédicale (laborantine par exemple).

En conclusion :

L'évolution de ce cas semble à l'heure actuelle très favorable. Le pronostic reste cependant sérieux,compte tenu des antécédents. Rien ne nous permet en effet de présumer de l'avenir.

L'amélioration constatée ne peut être attribuée au lithium. Celui-ci n'avait entraîné aucune modification notable du tableau clinique et,mal toléré par la malade,il dût être arrêté au bout de deux ans.

Depuis huit mois, Claire ne reçoit plus que du Semap. C'est donc à ce dernier ainsi que sans doute à la prise en charge psychothérapique qu'est due l'évolution des choses.

L'échec du lithium seul, ne pourrait permettre d'éliminer le diagnostic de PMD, si les éléments discordants signalés à diverses reprises dans l'observation ne venaient en outre affirmer le diagnostic de schizophrénie.

OBSERVATION

N°10

Godefroy B... né le 28 Octobre 1943.

1) Hérédité :

La mère aurait été soignée pour troubles mentaux.

Une soeur aurait été traitée au centre psychothérapique de la Chartreuse : Psychose puerpérale.

2) Milieu familial :

L'entente entre ses parents a toujours été médiocre :

- le père :

assez instable, a souvent changé d'emploi. Lors des divers entretiens, il se révèle doux, un peu précieux, très déférent et poli, intelligent. On pressent chez lui l'existence d'une structure paranoïaque. Il a une certitude quasi mystique de la maladie de son fils, ne tarit pas d'éloges sur lui, mais paraît en fait lutter contre une évidente agressivité à son égard.

- la mère :

est très autoritaire. Elle semble ignorer son mari, voudrait que tout dépende d'elle. Toujours logorrhéïque, elle fait une sorte de manipulation agressive des gens. Elle dénie la maladie de ses enfants, rationalise sans cesse.

- Godefroy a deux frères et trois soeurs.

3) Personnalité prémorbide et troubles antérieurs aux hopitalisations :

Il a toujours été extraverti, s'est toujours occupé de nombreuses choses à la fois :

Il pratique intensivement de nombreux sports, a beaucoup d'amis, de flirts, fréquente assidument les boîtes de nuit. Après une scolarité à peu près normale, il échoue au baccalauréat à 19 ans, s'engage alors dans l'armée de l'air où il devient rapidement Sergent et obtient un brevet de contrôleurs d'opérations aériennes.

4) Histoire clinigue :

Les premiers troubles psychiâtriques remontent à 1966. Très anxieux, dévalorisé à la suite d'un échec (interdiction par ses supérieurs de sauter en parachute à ouverture commandée), Godefroy absorbe des médicaments sans intention suicidaire évidente.

- La première hospitalisation a lieu en 1967, motivée par un accès maniaque. Il n'existe alors pas de troubles du cours de la pensée.

Hospitalisé quatre mois, ce jeune-homme est lors de sa sortie, mis pour la première fois, en congé de longue dureé.

Interviennent ensuite de nombreuses hospitalisations, entrecoupées de tnetatives de remise au travail. Le tableau clinique est chaque fois identique : épisodes d'allure maniaque avec des périodes intercritiques où le sujet paraît sensiblement normal.

- En 1969 nouvelle hospitalisation. On parle alors de "délire maniaque aigu". Il existe tout un roman délirant : il est agent secret qui vient de Berlin et s'apprête à partir en mission

pour Cuba. Il présente en outre, un agitation motrice intense, est très euphorique, très optimiste.

- En 1970 nouveau séjour en milieu psychiâtrique : La symptomatologie clinique est de moins en moins caractéristique. On note l'association d'éléments hyper thymiques et mégalomaniaques et d'éléments dépressifs.

De plus, le malade est très agressif. Une évolution schizophrénique n'est pas exclue. Il sort en Juin 1970 va bien jusqu'en Août où il fait l'objet d'

- Une nouvelle hospitatlisation pour un état d'excitation. Il présente alors une agitation psychomotrice intense, ne dort plus, se livre à des dépenses inconsidérées, distribue ses biens à tout un chacun.

En fait il s'agit plus d'un état mixte que maniaque. Le comportement varie rapidement, passant sans interruption des rires aux pleurs, du calme à la colère. L'euphorie, l'hyperactivité, et la logorrhée disparaissent parfois pour laisser place à l'apathie et au désintérêt. Chacun des personnages qui l'entoure (père, mère, médecin) est tour à tour rejeté, accablé de tous les défauts ou au contraire surestimé, survalorisé.

On note l'apparition de manifestations caractérielles nocturnes et à certaines occasions, des tentatives d'auto-mutilation sur les organes génitaux notamment.

Vers la fin du mois de Décembre, l'humeur se stabilise. Mais de nouvelles manifestations caractérielles font échouer une tentative de ressocialisation.

Godefroy exprime le désir réitéré d'un transfert à la Chartreuse. Il y rentre :

- En Janvier 1972 avec le traitement suivant :

. Thioridazine 4% gouttes : 150 (Melleril)
. Chlorpromazine gouttes : 450 (Largatrex)
. Levomépromazine gouttes : 250 (Nozinan)
. Meprobamate 400 : 4 (Equanil)
. et correcteurs.

L'adaptation à ses nouvelles conditions d'existence est à peu près satisfaisante. L'amélioration de son état psychiâtrique autorise une légère diminution du traitement neuroleptique. Dans le même temps, devant la persistance de troubles de l'humeur on prescrit une normothymique : dipropylacétamide (Dépamide).

Malgré ce réajustement thérapeutique persistent des troubles du sommeil, un comportement un peu désordonné et une générosité allant jusqu'à la prodigalité,qui doit faire établir une mesure de sauvegarde de justice.

La famille (en particulier la mère très pathogène) est tenue éloignée.

Passionné d'arthérapie et de poterie, Godefroy fait dans chacun des deux ateliers de véritables oeuvres d'art. Il demande lui-même à passer en pavillon fermé d'une part parcequ' il n'arrive pas à freiner sa consommation de café, d'autre part parceque la liberté qui lui est donnée en pavillon ouvert lui permet de rencontrer des filles, ce qui le trouble beaucoup.

Le traitement est progressivement diminué. Après 7 mois d'hospitalisation et plusieurs permissions déroulées sans problème, il sort définitivement uen Août. L'humeur paraît stabilisée. Il supporte stoïquement ses parents, va aussi bien que possible.

Le pronostic reste sérieux malgré cette guérison apparente (cet état d'excitation durable ne masque-t-il pas une psychose plus morcelante) et ce, d'autant que la réinsertion professionnelle est problématique. L'intéressé finit cependant par s'employer comme brancardier au Centre Hospitalier Régional de Dijon en Janvier 1973. Rapidement,

- Il est à nouveau hospitalisé en raison d'une tentative de suicide au Dépamide effectuée au cours d'un raptus auxieux; logé par l'hôpital, il ne va chez ses parents que pour prendre les repas. Cette décision d'indépendance semble avoir répondu à une démarche personnelle, mais il reconnaît qu'il ne peut faire plus. L'occasion lui en est offerte. Il connaît une jeune fille qui demeure dans une autre région.

Très ambivalent, il est pris entre ses désirs d'autonomie et de régression.; il reçoit un traitement neuroleptique incisif et sédatif, sort très rapidement. Il est suivi en consultation jusqu'en Mai 1973. Là, il ne supporte plus la situation familiale, est déjà déprimé par des déboires sentimentaux. Il reste très attaché à son travail, doit se protéger contre ses désirs de suicide : confie ses comprimés aux infirmiers. L'humeur demeure instable. En quelques jours il devient euphorique, ne dort plus, fait à nouveau des dépenses inconsidérées. Ceci le conduit à une nouvelle hospitalisation en Juin 1973.

C'est alors que le carbonate de lithium est instauré. Après une courte phase de réchauffement maniaque la thymie semble se stabiliser. Il quitte le service en Août pour une maison de repos.

Le traitement est irrégulièrement suive. Les relations familiales le pertubent toujours beaucoup. Puis comme "il se sent bien", il arrête spontanément tout traitement. Son état reste stable. On ne note aucun dysfonctionnement thymique. Le sommeil est bon ; l'adaptation sociale et professionnelle satisfaisante.

C'est à cette époque qu'il se voit refuser une demande de réintégration dans l'armée des cadres de laquelle il est donc définitivement exclu sans pension.

- Nouvelle hospitalisation en Juillet 1974, toujours pour état submaniaque avec logorrhée, tremblements, fuite des idées, instabilité etc...
Pendant les deux mois où il restera dans le service, on note quelques manifestations délirantes avec agitation : une nuit, par exemple, il se barricade dans sa chambre pour ne pas être asphyxié par des gazs, se tient prêt à égorger le veilleur de nuit.

Un traitement neuroleptique et le rétablissement du lithium entraînent une relative amélioration qui lui permet de quitter le service le 7 Septembre.

En somme, depuis 1966, il n'a pas été possible d'obtenir une stabilisation suffisante permettant à l'intéressé d'exercer une activité professionnelle normale. Malgré les tentatives de réinsertion sociale Monsieur B... reste incapable de subvenir à ses besoin de façon normale et régulière.

On note encore un bref séjour de 24h en milieu psychiâtrique, séjour fait à sa demande en Novembre 1975, pour des raisons qui n'ont pu être déterminées.

Depuis ce patient est suivi épisodiquement en consultation, exprime des idées délirantes, mégalomaniaques et paranoïaques à certaines occasions. L'humeur demeure instable.

Quelques accès d'agitation obligent parfois à prescrire des neuroleptiques supplémentaires.

La dernière hospitalisation a lieu en Avril dernier pour un réajustement thérapeutique. Le traitement est alors ainsi constitué :

- Cyamépromazine : 140 gouttes (Tercian)
- Amobarbital : 1 le soir
- Carbonate de lithium : 6 gélules

En conclusion :

L'instauration du lithium n'a pas amené semble-t-il de grands changements dans l'évolution de ce cas. Le recul est suffisant (18 mois) pour en apprécier l'efficacité mais il ne faut pas omettre de préciser que ce traitement a été très irrégulièrement suivi, comme en témoignent de nombreuses lithiémies.

Il s'agit ici d'une psychose périodique dont les accès se sont manifestés presque exclusivement sous forme maniaque.

S'agit-il d'une PMD ? Il existe quelques éléments atypiques :

. l'âge jeune

. l'absence d'antécédents périodiques familiaux

. la réinsertion professionnelle toujours problématique dans les périodes intercritiques.

. les quelques actes impulsifs, de caractère énigmatique, apparemment immotivés, parfois réalisés au cours de raptus anxieux. (Tentatives d'auto-mutilation des organes génitaux, tentatives de suicide). Ces éléments sont en faveur d'un processus discordant.

Dans l'observation sont signalés à plusieurs reprises des symptômes paranoïaques. Peut-on les faire entrer dans le cadre de la Mégalomanie ou sont-ils seulement révélateurs de traits de caractère surajoutés ?

Il est difficile d'envisager le diagnostic de psychose paranoïaque compte tenu de l'ensemble du tableau clinique.

OBSERVATION N°11

Eliane R...

1) Hérédité et milieu familial

Le père :
boucher, ne présente aucune particularité notable.

La mère :
très anxieuse, hyperprotectrice, évoque "la mère du schizophrène" telle qu'elle est décrite par les psychanalystes. Elle a une relation très étroite, quasi fusionnelle avec sa fille : le desir d'Eliane passe toujours par celui de sa mère.

Sa soeur aînée :
à laquelle elle cherche à s'identifier, est décédée à la suite d'une tentative de suicide par ingestion de médicaments.

2) Antécédents pathologiques personnalité prémorbide

On n'observe pas d'antécédent psychopathologique notable jusqu'à l'époque de sa première hospitalisation.

La malade échoue au Baccalauréat à 18 ans, refuse de s'y représenter, travaille depuis comme aide-comptable dans la boucherie de son père.

3) Histoire clinique

- La première hospitalisation intervient en Janvier 1975, dans le service de Monsieur le professeur MARIN, en raison d'un sydrôme dépressif avec idées noires et même suicidaires, Eliane

a 19 ans. Le contact extrèmement difficile, les réticences, la tendance au repli sur soi et à l'isolement évoquent une psychose d'autant qu'elle ressent une impression très pénible d'impuissance, d'incapacité dans le domaine de l'action et dans le domaine moral. Ce sentiment va jusqu'à l'auto-accusation de fautes insignifiantes. En outre, Eliane est très pessimiste : l'avenir et bouché, elle n'en sortira pas quoiqu'elle fasse. Elle s'identifie à sa soeur décédée : "Je suis comme elle, je finirais comme elle". Pendant ce séjour en milieu psychiâtrique, elle reçoit un traitement anti-dépresseur et anxiolytique qui ne l'améliore que légèrement.

Le Dogmatil (sulpiride) prescrit un peu plus tard a par contre un rôle bénéfique. Elle se met à verbaliser ses problèmes beaucoup plus qu'auparavant, a un contact nettement meilleur. De ce fait, son état devient satisfaisant.

Au terme de cette hospitalisation, il apparaît donc que cet état dépressif n'est pas le fait d'une decompensation nevrotique. La personnalité est manifestement psychotique. Deux diagnostics sont alors évoqués :

- dépression mélancolique

ou

- dépression atypique avec peut-être alors une entrée dans un processus schizophrènique.

Cette jeune fille quitte le service en Février 1975 avec le traitement suivant :

- Clomipramine 25 : 4/jr (Anafranil)
- Clorazépate dipotassique 5 : 2/jr
  " " 10 : 1 le soir (Tranxène)

L'amélioration persiste jusqu'au mois d'Avril où commence à s'installer un épisode maniaque avec logorrhée, tenue vestimentaire plus ou moin érotique, mégalomanie, dépenses inconsidérées d'argent et importante exaltation sexuelle.

- Eliane fait l'objet d'une seconde hospitalisation : une nouvelle discussion diagnostique s'engage : PMD ou shizophrénie avec troubles de l'humeur. Un traitement neuroleptique est institué (Halopéridol Fort) auquel on associe devant la prédominance des troubles de l'humeur dans le tableau clinique, du carbonate de lithium. Il s'ensuit une légère amélioration (diminution de l'excitation qui permet une sortie plus rapide mais n'empêche pas la nécessité d'un

- Troisième séjour : au mois de Juin de la même année, pour un nouvel accès maniaque. Très agitée, elle doit être entravée. On remarque l'extériorisation d'idées délirantes mégalomaniaques : elle est Dieu, et pourvue de dons de télépathie.

Lorqu'elle quitte le service en Juillet, elle est déprimée. La variabilité de l'humeur reste très importante puisqu'à nouveau maniaque,

- En Septembre, elle est à nouveau hospitalisée. Elle reçoit toujours lithium et neuroleptiques incisifs.

Au cours de ce séjour, si dans l'observation, on ne signale aucun élément discordant dans son comportement, les lettres qu'elle écrit sont, par contre, très évocatrices : on y retrouve en effet quelques traits essentiels de la schizophrénie :

. ambivalence
. bizarreries
. hermétisme allant parfois jusqu'à un véritable galimatias (schizophasie).

La pensée apparaît comme embrouillée et désordonnée. En voici quelques extraits, d'une même lettre:

"Le guide pose son fardeau sur le sol pour se reposer. Je te ferais remettre la lettre et tu la posteras Samedi. WXCRBN - WXCVBN Je t'aime et je ne t'aime pas. Tout est très simple maintenant pour moi.

Monsieur et Madame R ... sont partis se promener avec leur gentil chien qui s'appelle Looky"...

En dehors des épisodes aigus, on observe une très nette névrotisation de la relation. Ce qui ne semble pas de mauvais pronostic pour l'évolution.

En ce qui concerne sa scolarité, Eliane vient d'échouer une nouvelle fois à son Baccalauréat mais souhaite redoubler. Elle est adressée par le service de Monsieur le professeur MARIN, à la clinique universitaire Georges Heuyer à Paris en Janvier 1976. Elle y demeure depuis.

Voici quelques renseignements qui nous ont été donnés par cet établissement le 16 Novembre dernier :

"Cette patiente est entrée dans notre clinique le 2 Janvier 1976. Elle s'y est vite intégrée, restant sur une position dépressive avec auto-dépréciation, se sentant non motivée par son Baccalauréat. Ce désinvestissement scolaire restera actif jusqu'à ses épreuves de Juin avec une attitude d'échec malgré ses possibilités intellectuelles restées satisfaisantes.

Ayant échoué à son Bac, Eliane restera sur une position passive et dépendante vis à vis de l'institution, ne voulant faire aucune démarche pour une orientation ou une mise au travail.

Au début du mois de Septembre, nous lui demandons de nous présenter un projet soit de travail, soit d'études, cohérent et avec une motivation, sans laquelle nous ne pouvons poursuivre la prise en charge ; nous ne pouvions, en effet, cautionner un refuge derrière son statut de malade.

Cette prise de position de notre part semble avoir debloque ce mode de défense, car très vite Eliane s'est inscrite dans une école privée de secrétariat médical, qu'elle suit toujours actuellement.

Son comportement et sa présentation ont changé. Elle se montre plus sthénique, motivée par ses études. Amélioration sur le plan physique avec un amaigrissement non pathologique, une certaine recherche dans sa toilette. Elle a commencé, par ailleurs, depuis 2 mois environ, une psychothérapie d'inspiration psychanalytique dans l'institution.

Elle garde actuellement pour toute thérapeutique 3 comprimés de lithium à 0,50 mg.

Le bilan apparaît donc pour l'instant positif et nous sommes prêts à garder cette malade jusqu'à la fin de l'année..."

En résumé, cette malade est sous lithium depuis Avril 1975 sans interruption. On note deux rechutes depuis l'institution du traitement. L'évolution s'est finalement avérée favorable et l'amélioration se maintient depuis près d'un an. Est-ce l'effet du lithium ou d'une évolution spontanée ?

Il s'agit, en tout cas, d'une histoire psychiâtrique complexe qui a débuté par un état dépressif "atypique" suivi de périodes d'excitation maniaque dont on a affirmé qu'elles étaient teintées d'atypicité.

On peut dans ces conditions, se demander s'il ne s'agit d'une schizophrénie à forme thymique. Mais ces divers accès ne correspondraient-ils pas plutôt à des accès maniaques ou mélancoliques délirants s'intégrant alors dans le cadre d'une PMD ?

Les seuls éléments discordants clairement mis en évidence dans l'observation l'ont été dans quelques lettres.

Ces quelques lettres suffisent-elles pour affirmer un diagnostic, si l'on tient compte en outre de l'évolution ?

OBSERVATION N°12

Elisabeth C... née le 15 Novembre 1950

1) Hérédité

On ne note aucune particularité notable.

2) Milieu familial

Elle est l'aîné d'une fraterie de 3 enfants.

Le père :

policier est décrit comme un homme très effacé, absent.

La mère :

anxieuse, autoritaire, imposant sa volonté à chacun, non ouverte à la discussion, hyperprotectrice, a une relation très fusionnelle avec sa fille, prévenant toujours ses désirs et lui attribuant les siens propres.

3) Caractère prémorbide et troubles antérieurs aux hospitalisations

On ne note aucun antécédent psychiâtrique notable si l'on fait exception de tendances à l'isolement et au repli sur elle-même.

4) Histoire clinique

- Première hospitalisation en Septembre 1969 dans le service de Monsieur le Docteur VEYRANNE au centre psychothérapique de la Chartreuse. Elisabeth vient d'être reçue au Baccalauréat, s'apprête à passer le concours de l'école Normale pour être institutrice selon le désir de sa mère. Elle présente un état d'excitation atypique. Les éléments délirants sont faits d'hallucinations psychiques (voix intérieures qui lui commandent d'agir).

On évoque alors l'entrée dans un processus discordant. Elle reçoit un traitement neuroleptique incisif et sédatif, quitte le service au mois de Novembre.

Elle reste très angoissée jusqu'en Décembre où un état dépressif plus ou moins atypique la conduit à une nouvelle hospitalisation. Elle est triste, asthénique, dégoûtée de la vie, a des idées suicidaires. Son comportement et ses émotions revêtent parfois un caractère insolite et déconcertant. On ne peut mettre en évidence d'éléments véritablement délirants.

Elle sort après 8 mois d'hospitalisation. Son traitement est le suivant :

- Halopéridol Fort : 15 gouttes matin/midi/soir
- Pipampérone : 1 1/2 par jour (dipiperon)
- Chlorpromazine : 5/jr (Longadil)

Elle est régulièrement suivie en consultation jusqu'en Juin 1972, reste asthénique, apragmatique, se replie sur elle-même, se désinteresse de tout. L'hostilité contre les parents est très importante.

Dans le courant de l'année 1973, elle aurait été hospitalisée à la clinique St Rémy de Châlon sur Saône.

En Août 1973, nouveau séjour en milieu psychiâtrique au CHR de Dijon.

Elisabeth présente en effet un état d'excitation psychique et sexuelle, une instabilité caractérielle très importante avec des troubles graves du comportement et des impulsions de toute nature.

A cette époque, elle travaille depuis 4 mois comme employée de bureau dans des laboratoires pharmaceutiques. Pendant son hospitalisation elle ne verbalise pas grand-chose ; on la trouve discordante ; elle reçoit un traitement neuroleptique.

Après sa sortie du service, elle est revue en consultation. L'amélioration n'est que relative. On note un fléchissement de l'activité allant jusqu'à l'abandon du travail et l'incurie, une tendance au repli sur soi et à l'isolement. Un traitement neuroleptique retard est institué en Mars 1974 : Décanoate de Fluphénazine (Modécate 2ml toutes les3semaines).

En Juillet 1974, cette jeune malade se présente à nouveau comme très dépressive, angoissée. Inactive, elle reste confinée au lit toute la journée. En Août elle fait l'objet d'une nouvelle hospitalisation, après un séjour dans un service de réanimation pour une tentative de suicide par ingestion de médicaments. Elle avait arreté tout traitement depuis quelques semaines.

Dans l'ensemble, le tableau clinique est donc dominé par des troubles de l'humeur avec alternance d'exaltation et de dépression. C'est dans ces conditions que le lithium est institué en Septembre 1974. Dans le même temps, le décanoate de fluphenazine est rétabli.

Elisabeth quitte le service à la fin du mois. L'amélioration est incertaine : elle a repris son travail mais a beaucoup de mal à l'assumer. Elle paraît présenter un état mixte avec association simultanée de symptmes de la série maniaque et de la série mélancolique. Il existe toujours une discordance sous-jacente : ses réactions revêtent parfois un caractère étrange et déconcertant.

En Février 1975: elle fait un nouveau séjour dans le service de Monsieur le professeur MARIN, sur sa demande. Elle se trouve adynamique, en fait, les mêmes variations thymiques persistent, moins importantes, entraînant une sorte de stabilisation dont on peut se demander si elle n'a pas révélé la psychose sous-jacente : il existe quelques éléments délirants et une discordance manifeste.

Un traitement anti-dépresseur permet une sortie rapide.

Nouvelle hospitalisation en Novembre dernier en raison d'un état dépressif avec adynamie.

L'amélioration n'est donc que relative et incertaine. L'instabilité thymique demeure avec succession d'épisodes hypomaniaques et dépressifs, mais sur un mode mineur.

Actuellement, elle n'envisage pas encore l'avenir. Il est question d'une prise en charge psychothérapique.

En conclusion :

On ne note pas de véritable rechute depuis l'institution du lithium àla fin del'année 1974.
Cependant cette patiente conserve encore de légères variations de l'humeur. Les symptômes de la série discordante persistent plus importants encore et à cette occasion on peut se demander si le lithium n'a pas eu un rôle révélateur.

O B S E R V A T I O N

N°13

Jean-Pierre C... né le 21 Janvier 1951

1) Hérédité

Le père:

agent immobilier, a une personnalité psychopathique certaine. Souvent absent, il a de multiples liaisons qu'il explique par sa profession, présente également quelques tendances à l'éthylisme. Il a, depuis quelques années, créé un climat particulier dans le milieu familial :

" les hommes sont les hommes. Les femmes n'ont qu'à se taire et se soumettre."

Milieu où il règne une atmosphère de rivalité et de suspicion.

Il exige en outre longtemps que son fils partage son lit et se baigne avec lui. Très "bourgeois" il a pris une épouse pour son confort personnel et social.

La mère :

anxieuse, elle paraît très perturbée par les divers troubles familiaux.

La soeur ainée

de Jean-Pierre, gravement brûlée à l'âge de 12 ans, a fait l'objet de nombreuses interventions et greffes. Elle a été, à une certaine époque la victime désignée de son frère.

La soeur cadette :

très dynamique, ne paraît pas avoir souffert de l'ambiance familiale .

La maladie de Jean-Pierre semble avoir entrainé, en même temps qu'une certaine prise de conscience des problèmes, un rapprochement des divers membres de la famille.

2) Personnalité prémorbide et troubles antérieurs aux hospitalisations.

Ce jeune homme a 15 ans lorsque ses parents constatent un changement notable de son caractère et de son comportement. Il devient taciturne,réticent, reprochant aux siens d'être né prématurément et de lui avoir caché l'existence d'une grave maladie qu'il aurait eu dans son enfance (ce qui est inexact).

Sa conduite est parfois étrange, insolite et déconcertante :

une nuit il ouvre la fenêtre et pousse de tels cris qu' il ameute tout le quartier.

une autre fois, alors qu'il est dans un autobus avec des amis, il refuse d'en descendre, met dans une situation si difficile le contrôleur que ce dernier le confie finalement à la police.

un matin, il jette le beurrier à la tête de sa mère et se précipite sur elle pour lui arracher ses lunettes.

Les relations affectives sont très perturbées. L'intéressé se plaint d'être transformé, métamorphosé par sa mère : il est tour à tour poule, lion (il crie et rugit alors) serpent (il mord).

Il consulte Monsieur le Docteur CASTIN à Dijon en 1966, qui,craignant l'entrée dans un processus discordant, décide une hospitatlisation.

3) Histoire Clinique :

- Il entre donc à la clinique médicale de Champ-vert à Lyon le 20 Avril. Il présente un état d'excitation. Une cure de Sakel est entreprise (38 comas). Il sort amélioré, semble-t-il, le 12 Août.

- En Octobre de la meme année, il fait l'objet d'une novelle hospitalisation pour un épisode d'allure maniaque. Après une curee de sommeil, des neuroleptiques incisifs lui sont prescrits.

L'évolution n'est pas très favorabe. Il ne va pas bien malgré l'isolement du milieu familial. Ultérieurement, au cours de week-end passés en famille, il brutalise ses soeurs.

- La troisième hospitalisation a lieu en Septembre 1968. On note alors un net fléchissement de l'activité qui se caractérise par l'abandon du travail, l'incurie, etc...

Le sujet se replie sur lui-même, s'isole, se barricade dans sa chambre ne veut plus voir personne. L'hostilité contre le père est très importante.

Jean-Pierre réintègre le milieu familial en Décembre. Les relations familiales paraissent légèrement améliorées.

- En Mars 1970: il aurait été hospitalisé dans le service de Monsieur BALLIVET à Dijon. Aucune trace de ce séjour n'a pu être retrouvée.

Il présente ensuite, à l'école Pigier, des examens auxquels il échoue : toutes les copies sont nulles, avec des anotations telles que "mauvais plaisant qui se paie notre tête". Il ne semble pas comprendre, se révolte, veut "mitrailler tout le monde", sa famille et ses professeurs.

A cette époque, son traitement se compose de :

- Pipampérone
- Propériciazine (Neuleptil)
- Périmétazine (Leptyl)

En décembre 1970, à la demande de la famille, Jean-Pierre est adressé à Monsieur le Docteur OUDOT en vue d'une prise en charge psychothérapique. Toute relation s'avère extrêmement difficile, voire impossible à instaurer. L'intéressé n'ayant aucune motivation et une inconscience totale de la nature pathologique de ses difficultés.

En outre, ses résistances au transfert sont telles qu'il ne supporte absolument pas le climat psychothérapique. Il est rapidement envahi par l'angoisse, se défend par un repli narcissique total avec mutisme, affectation d'indifférence etc...

Il est suivi par la clinique de Champvert. Dans le courant de l'année 1972, il va relativement bien, suit les cours à l'école Pigier, où il obtient des notes satisfaisantes. Il a toujours de gros conflits avec son pere.

En Décembre, le tableau clinique se dégrade. Jean-Pierre ne va plus aux cours. Il a tendance à s'isoler, est très agressif, quelquefois violent, adresse des menaces continuelles à ses parents qui le craignent beaucoup.

- La première hospitalisation au centre psychothérapeutique de la Chartreuse intervient le 10 Janvier 1973, dans le service de Madame le Docteur Lévêque, en raison d'un état d'excitation psychomotrice majeur. Le délire persiste, à thème de persécution. Les persécuteurs désignés sont les parents et l'agressivité farouche qu'il éprouve à leur égard, le rend dangereux.

Un Po s'avère nécessaire qui est transformé en placement volontaire dans les 24 h.

Pendant le séjour le sujet se présente comme psychotique. Il existe quelques éléments délirants paranoïaques.

Les divers entretiens le révèlent réticent et méfiant. Il ne perçoit toujours pas la nature de ses troubles.

Les examens psychométriques pratiqués à cette époque montrent un QI très moyen = 97, avec une échelle verbale (104) supérieure à l'échelle de performance (89).

Après un traitement neuroleptique incisif, le tableau clinique s'améliore. Le rôle pathogène du milieu familial est encore noté et on se demande si une grande partie des troubles n'est pas réactionnelle à cette situation.

Le sujet quitte le service le 2 Février, avec le traitement suivant :

- Sulpiride Fort : 4 comprimés /jr (Dogmatil)
- Thioridazine 50 : 1 le soir (Melleril)
- Clorazépate dipotassique 5 (Tranxène) 1 le matin

Un accès maniaque, apparu quelques jours plus tard, nécessite un réajustement thérapeutique qui paraît l'améliorer : Pipotiazine (Piportil)

- Nouvelle hospitalisation dans le service de Madame le Docteur Lévêque au début du mois de Mai.

Il présente alors un état d'excitation psychomotrice évoluant depuis plusieurs semaines. L'imagination est exaltée et aboutit parfois à des productions pseudodélirantes voire délirantes (fabulation). Son comportement est parfois déconcertant, souvent inadapté.

Il reçoit un traitement sédatif et neuroleptique retard :

- Thioridazine 50 : 3/jr
  100 : 1 le soir (Melleril)
- Nitrazepam (Mogadon) : 1 le soir
- Pipotiazine : Pipotil 40mg IM,

sort très amélioré le 24 Mai.

- Le 6 Juin 1976, devant l'importance des troubles du comportement et en raison de l'opposition qu'il manifeste à se faire soigner, un nouvel internement d'office s'impose.

La même agressivité persiste à l'égard des parents. On retrouve dans les propos, les mêmes éléments délirants à thème de persécution et une légère discordance avec des remarques souvent incohérentes.

Après quelques réajustements thérapeutiques (en particulier, augmentation de la dose de neuroleptiques retard) l'état s'améliore.

L'excitation psychomotrice quoiqu'encore persistante, s'est considérablement atténuée.

Le placement d'office est transformé en placement volontaire le 20 Juin.

Jean-Pierre s'occupe à des travaux divers, s'emploie dans des ateliers d'ergothérapie. Il cherche à se rendre utile. La dose de neuroleptiques est progressivement diminuée : jusqu'à 12 mg.

Au total, on retient l'existence de troubles de l'humeur à forme essentiellement maniaque, s'étant reproduit de façon périodique.

C'est ainsi qu'un traitement au lithium est entrepris en Janvier 1976. Dès lors, la symptomatologie s'améliore rapidement. Le malade envisage alors plus sérieusement l'avenir. Il désire ne plus être dépendant de ses parents, avec lesquels il a désormais de bons rapports. Il se trouve un emploi, quitte le service en Juin avec :

- 12 mg Pipotil L_4 en injection IM toutes les 4 semaines
- Lithium : 3 comprimés par jour.

L'humeur paraît stabilisée. On ne note plus aucun symptôme de la série discordante. Les neuroleptiques sont arrêtés en Août. Cette évolution favorable est cependant remise en question par la mort du père qui déclenche un nouvel épisode d'allure psychotique aigu en Novembre 1976. L'hospitalisation ne peut être évitée. Cet état qui semble "réactionnel" est rapidement jugulé par un petit traitement neuroleptique (Holopéridol). Une sortie prochaine est envisagée. Le problème essentiel reste celui de son avenir. Il envisage un stage de formation professionnelle. Ce n'est qu'un vague projet.

En conclusion :

Le résultat thérapeutique du lithium a été très favorable. Il ne peut être remis en cause par la dernière hospitalisation

que l'on peut considérer comme un accident "réactionnel". Il ne faut cependant pas oublier que des neuroleptiques sont encore prescrits.

En somme, ce malade présente un état psychotique ayant évolué sur un mode périodique, caractérisé le plus souvent par des périodes d'excitation.

Le comportement, les réactions parfois étranges et insolites, l'absence d'antécédents familiaux périodiques, l'expérience de dépersonnalisation et les éléments délirants sont en faveur d'un processus discordant. Là encore, ce diagnostic ne peut être affirmé. On est encore frappé par la disparition de tout symptôme dissociatif. La mère se plaît à dire qu'elle a "retrouvé son fils comme il était à 15 ans".

Si l'histoire clinique à son début évoque le diagnostic de schizophrénie, l'évolution ultérieure paraît plus en faveur d'une psychose maniaco-dépressive.

- DISCUSSION ET SYNTHESE

Voici donc 13 observations d'intérêt et de valeur inégale pour lesquelles nous avons déjà tenté de faire une discussion nosologique cas par cas.

Il s'agit en effet de cyclothymies atypiques caractérisées par des troubles de l'humeur accompagnés de sentiments de dépersonnalisation et d'éléments délirants qui ont souvent fait évoquer le diagnostic de schizophrénie à forme thymique.

Une délimitation clinique précise est essentielle quand il s'agit d'évaluer les modalités particulières de l'évolution et de la réaction au traitement; nous avons vu combien cela est difficile.

En outre on peut se demander quelle est l'action des sels de lithium sur un ensemble symptomatologique participant à la fois de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive,et si cette action permet de discriminer les deux affections.

Deux autres questions viennent d'emblée à notre esprit : sur quels critères poser l'indication d'un tel traitement et sur quels critères affirmer l'amélioration ?

- Connaissant le rôle anti-maniaque du lithium mais surtout son activité régulatrice sur l'évolution cyclique et par conséquent son rôle préventif vis à vis de crises ultérieurement prévisibles, le problème est de rassembler tous les éléments cliniques en faveur d'une structure maniaco-dépressive :

. stade actuel
. évolution
. antécédent familiaux.

Faute de connaissances plus approfondies sur les mécanismes d'action, les critères ne peuvent être en effet que cliniques.

Ils sont d'autant plus importants dans la schizophrénie, qu'il faut déterminer l'importance des troubles de l'humeur dans le tableau clinique :

L'attention doit être plus grande encore. Quoiqu'il en soit un certain délai d'observation est nécessaire avant la mise en route du traitement : pour ce qui est de la PMD, de nombreux auteurs estiment qu'il faut attendre une récidive rapprochée avant la décision de commencer le lithium.

Dans les formes marginales ou atypiques, la lecture de nos observations révèle que l'évolution a souvent été longue avant de prendre cette même décision.

En ce qui concerne les effets secondaires, signalons seulement que dans ces 13 cas choisis délibérément, nous n'avons pas rencontré de gêne majeure si l'on fait exception d'une prise pondérale parfois importante.

Dans quatre cas (observations n° 1,2, 4,7) nous avons rencontré des antécédents familiaux directs ou indirects de psychose maniaco-dépressive. Aucune observation ne comporte d'antécédent schizophrénique.

Les résultats thérapeutiques ont parfois été très encourageants (observations 1,2,3,7,11,13.) ce qui, outre l'effet du lithium,peut être expliqué,au moins en partie, par les efforts psychothérapeutiques et les traitements associés (observations n° 3,13, 7).

Bien entendu les résultats ne sont significatifs que si l'introduction du lithium change du tout au tout l'évolution de la maladie.

- Sur quels critères peut-on affirmer l'amélioration ?

. Dans la psychose maniaco-dépressive le lithium diminue certes l'ampleur des accès mais il ne fait pas disparaître le processus endogène comme le prouve souvent la persistance d'une légère variabilité de l'humeur. Dans de nombreux cas en effet, les crises s'espacent et s'atténuent sans disparaître. C'est déjà un bénéfice considérable auquel à la longue on s'habitue vite, devenant ainsi plus sensible aux imperfections résiduelles.

Les thérapeutiques associées sont alors efficaces, plus vite et généralement à moindre dose qu'avant la mise sous lithium.

L'abscence de récidives et de nouvelles hospitalisations est sans doute importante, mais la qualité des modifications observées sur la personnalité intercritique ne l'est pas moins.

. Ces mêmes critères peuvent s'appliquer aux "formes atypiques" ou marginales qui nous intéressent ici. Ce sont :

+ la disparition du délire sans que survienne pour autant une phase de dépression ou d'apathie.
+ l'amélioration du système de défense névrotique ou caractériel.
+ l'enrichissement de la vie relationnelle, affective et sexuelle.
+ la bonne réadaptation sociale et professionnelle.
+ la résolution des conflits éventuels avec l'entourage.
+ la qualité du vécu existentiel du malade.

Dans tous les cas, l'amélioration ne saurait être affirmée sans le recul du temps. C'est pourquoi les observations 6, 4, sont moins intéressantes.

Nos 13 malades ont été soumis au traitement par le lithium au cours, soit d'une crise maniaque, soit d'une crise mélancolique initialement traitée par les méthodes classiques. C'est ainsi que nous avons cherché à utiliser le lithium non pas tant pour son action curative que pour son action stabilisatrice.

Ces observations peuvent être classées , finalement, en trois groupes :

1 - Le premier groupe où les résultats observés ont été franchement positifs : observations n° 1,2,11, qui peuvent être considérées comme correspondant à une guérison réelle.

Sous traitement exclusif et continu au lithium, on n'observe plus aucun trouble thymique ou de la série discordante (si tant est qu'il en ait existé). Nous soulignons que le lithium assure ici non seulement la disparition des crises mais le retour à une intégrité psychologique que le maintien des chimiothérapies classiques (neuroleptiques ou anti-dépresseur) n'assurait pas.

2 - Le second groupe où les résultats ont été également favorables sur la thymie, en tout cas. Le tableau clinique comporte encore soit la persistance de quelques ondes cyclothymiques mineures, soit les symptômes de la série discordante : observations n° 3, 5, 7, 8, 12, 13.

Dans ces quelques cas, d'autres traitements sont généralement associés au lithium. L'atténuation des troubles de l'humeur a sans doute permis en même temps qu'une normalisation des conduites, une réadaptation sociale satisfaisante chez des malades où l'hospitalisation nous paraissait pouvoir être de "longue durée"/

Cette action du lithium, sans entraîner toujours une réduction de l'activité délirante et hallucinatoire, a cependant permis une normalisation du comportement de telle sorte que dans quelques cas nous avons pu diminuer sensiblement la dose des neuroleptiques sans toutefois les supprimer. Ces éléments délirants entrent-ils dans le cadre d'une schizophrénie, à fortiori ?

3 - Le troisième groupe où l'introduction du lithium ne paraît pas avoir modifié l'évolution du tableau clinique : observations n° 9, 10.

- Le succès ou l'échec du lithium est-il un argument nécessaire et suffisant pour rattacher ou non une forme atypique ou marginale à la PMD ?

. Pour ce qui est de l'échec :

Nous pouvons répondre négativement. Un certain nombre de psychoses maniaco-dépressives ne guérissent pas avec le lithium.

. Quand le résultat thérapeutique est satisfaisant le problème est plus délicat.

1- Le lithium n'a pas toujours été seul responsable des améliorations observées.

2- Peut-il être considéré comme un médicament spécifique de la PMD même s'il y joue un rôle décisif dans la majorité des cas.

Ne pourrait-on pas dire que l'amélioration par le lithium de certaines psychoses périodiques atypiques remet en cause une conception rigide du cadre nosologique de la PMD. Sans doute cette dernière représente-t-elle, en psychiâtrie, le modèle le plus achevé d'évolution cyclique. Elle n'en a pas l'exclusivité. Presque toutes les maladies, même les plus chroniques peuvent, si elles sont traitées, avoir une évolution par poussées, avec tantôt des moments satisfaisants, tantôt des décompensations que peuvent expliquer parfois la survenue d'éléments et d'affects,insupportables pour la fragilité des malades. Le concept de fragilité peut s'appliquer aux différentes formes de psychoses.

Le lithium pourrait être conçu non pas seulement comme un régulateur de l'humeur, mais comme un médicament de la fragilité permettant ainsi d'éviter non seulement les décompensations thymiques mais aussi les décompensations qui s'exprimeraient par la fuite dans l'imaginaire, le repli autistique et,peut-être, la dissociation. L'observation N°1, pourrait être condidérée comme un exemple illustrant parfaitement cette hypothèse.

Dans le même ordre d'idées, on peut se demander si les échecs ou les résultats médiocres ne sont pas dus à l'irrégularité parfois observée dans le traitement ?

Après ces quelques considérations, nous pouvons envisager maintenant les conclusions des divers travaux effectués à ce sujet.

Dans les schizophrènies, les meilleurs résultats du lithium, ont été obtenus dans les formes dites "affectives" (terme des auteurs américains) ou dysthymiques évoluant de façon périodique, avec phases d'excitation et de dépression.

Déjà,dans les premiers essais cliniques du lithium, se trouve un certain nombre de ces états :

+ Dans le travail de SCHOU (81) publié en 1954, 8 sur 38 patients sont décrits comme atypiques ; chez ces huit patients le lithium a un effet positif dans deux cas, probable dans trois autres. Cependant les données sont insuffisantes pour être interprétées.

+ MAGGS (66) en 1953 donne du carbonate de lithium à 18 patients séparés en deux groupes :

- l'un répondant au diagnostic d'excitation schizophrénique.
- l'autre à celui d'état maniaque.

Après deux semaines de traitement, les malades des deux groupes ont une amélioration supérieure à celle des malades ayant reçu un placebo.

L'expérimentation n'aurait cependant pas été faite de façon très rigoureuse et les résultats ne sont donc pas très fiables.

+ GOTTFRIES (47) en 1968 dans un groupe de 81 patients comprenant des PMD unipolaires, bipolaires et des schizophrénes dysthymiques observent le meilleur résultat thérapeutique chez les bipolaires et les unipolaires. Quant aux schizophrènes dysthymiques seuls sont améliorés les malades agités.

+ ZALL (95) à la même époque, observe que le lithium corrige habituellement la composante affective des schizophrènes dysthymiques mais reste sans effet sur les autres symptômes.

+ FORSSMAN (42) et WALINDER observent un résultat positif variable, d'autant plus important qu'existent dans la symptomatologie de ces sujets, des épisodes périodiques paranoïdes et confusionnels.

+ SHOPSIN (82) signale que dans les schizophrénies aiguës, le lithium aggrave la symptomatologie schizophrénique (observation n° 12 ?) et qu'il a une neurotoxicité élevée même à faible dose chez ces patients.

La comparaison entre l'action du lithium et celle de la chlorpromazine a été menée chez des schizophrènes dysthymiques et des maniaco-dépressifs, par JOHNSON (56) et coll. en 1970/71 et par PRIEN et coll. en 1971.

+ pour les premiers le lithium est pratiquement sans effet et bien inférieur à la chlorpromazine dans les états d'agitation des schizophrènes dysthymiques.

+ pour les seconds, la chlorpromazine est supérieure au lithium dans les formes très agitées de schizophrénies dysthymiques ; dans les autres, les deux traitements sont équivalents. De Plus, les patients améliorés par le lithium, ont une normalisation non seulement de l'humeur mais aussi du cours de la pensée.

L'évolution comparable des psychoses maniaco-dépressives et des "schizophrénies affectives" a suscité un certain nombre d'études sur l'action prophylactique éventuelle des sels de lithium dans ces dernières :

+ ANGST (2) et coll. montre que le lithium diminue considérablement le nombre d'épisodes et la durée des hospitalisations.

+ SMULEVITCH (84) en 1974 observe avec le lithium, un allongement des cycles considérables dans les PMD uni et bipolaires, modéré dans les schizophrénies dysthymiques.

+ Cependant, conclue C.HAKIM (52) malgré un certain nombre de rapports favorables le problème de maintenir ou non des schizophrénies dysthymiques à un traitement par le lithium, n'est pas encore résolu, d'autant qu'un certain nombre d'études font état de stabilité obtenue dans ces états par une chimiothérapie continue.

+ DENIKER (33) dans une expérience faite en 1972, rapporte que dans les schizophrénies, le lithium n'a pas d'influence réductrice sur les symptômes productifs (hallucinations, délire) de la psychose mais a une action favorable sur la réactivité affective des patients et l'éléments proprement thymique. Les malades vivent avec une moins grande intensité leur expérience délirante ce qui entraîne une amélioration des contacts sociaux. L'adaptation au milieu institutionnel est ainsi favorisé et des sorties définitives ont pu être envisagées.

L'action sur l'agitation n'est pas primitive comme avec les neuroleptiques mais secondaire à une amélioration thymique. Le lithium atténue donc l'ampleur de l'expérience psychotique et permet de réduire les doses de neuroleptiques.

Si on ne peut parler d'une action proprement préventive sur les récurrences phasiques de ces schizophrènes, on peut tout de même observer une neutralisation des poussées d'excitation autrefois très désorganisantes.

Dans les cas de phase dépressive au cours d'une évolution schizophrénique,les mêmes auteurs précisent que le lithium n'aurait pas d'action anti-dépressive au sens vrai du terme. Il pourrait y avoir un moindre retentissement affectif des thèmes d'auto-dépréciation et cénestopathiques.

Les avis sont donc partagés quant à l'effet du lithium dans les schizophrénies dysthymiques. Le résultat thérapeutique permet-il de discriminer avec certitude les schizophrènies dysthymiques des PMD et de leur assigner une place nosographique précise ? Nous pensons que tel n'est pas le cas.

L'apparition de nouveauxtraitementsa souvent des conséquences importantes sur les conceptions théoriques. Le problème de l'efficacité du lithium, outre l'espoir thérapeutique qu'il a fait naître dans des affections au pronostic jusqu'ici défavorable, a en outre, montré la nécessité de descriptions symptomatologiques précises.

Lorsque nous connaîtrons mieux les mécanismes d'Action du lithium, nous pourrons sans doute entrevoir certains mécanismes non encore élucidés à l'origine de ces maladies.

Peut-être peut-on, au terme de ce chapître , remettre,d'une certaine façon, en cause la nosologie classique et élaborer une théorie unitaire des dysfonctionnements thymiques réagissant favorablement au lithium dont les formes cliniques seraient diverses, la plus pure étant la PMD.

III - CONCEPT DE SCHIZOPHRENIE AFFECTIVE

Dans ce dernier chapitre, il nous a semblé intéressant de tenter une approche du "concept de schizophrénie dysthymique ou affective". Ce diagnostic ayant été longuement discuté lors de la présentation des observations, il pouvait paraître inconcevable de terminer ce travail sans essayer de le définir.

I N T R O D U C T I O N

La notion de schizophrénie ne peut avoir qu'un sens, celui d'une psychose non point fatale ni incurable mais chronique, c'est à dire chargée d'un potentiel évolutif grave. Cependant comme les signes de début de ce processus de dissociation de la personne sont très variés, comme l'évolution schizophrénique comporte des poussées et des rémissions qui entraînent de grandes hésitations dans l'esprit du clinicien, ce problème est fort complexe. Il se complique encore par l'introduction de thérapeutiques dont on ne sait pas si elles ont "arrêté" l'évolution schizophrénique ou si elles se sont adressées à des cas dont le diagnostic était incertain.

Par son processus évolutif classiquement inexorable, la schizophrénie s'oppose à l'autre grande entité nosographique qu'est la PMD dont la périodicité est un des éléments essentiels.

Cependant deux points rendent parfois cette distinction malaisée :

1- Les moments dépressifs ou d'excitation chez les schizophrènes sont assimilables à certains délires observés dans la PMD.
La "manie atypique" est bien proche de "la manie délirante" et l'"arrière plan" d'un délire de COTARD n'est pas toujours évident.

2- En outre depuis longtemps déjà, on a remarqué qu'entre le tableau de la démence précoce typique (conçue comme une psychose survenant en général à l'adolescence et caractérisée par un affaiblissement psychique à type de dissociation évoluant vers la chronicité) et celui de la psychose maniaco-dépressive typique, il existe des formes cliniques intermédiaires chez lesquelles l'intrication ou

ou la succession de symptômes communs aux deux affections pose un problème de diagnostic et partant de pronostic difficile à résoudre.

Un bref aperçu de la bibliographie révèle que les opinions divergent considérablement quant à la nature de ces formes.

A - APERCU HISTORIQUE ET SITUATION NOSOLOGIQUE ACTUELLE

- Au début du 20ème siècle, KRAEPELIN fait une synthese des maladies mentales. Il sépare les psychoses endogènes en deux catégories:

. celle des maladies curables : PMD

. celle des maladies incurables : réunissant la catatonie de KAHLBAUM, certaines psychoses des jeunes et une série de délires mal construits et mal systématisés qu'il intitule "Psychoses paranoïdes".

Son oeuvre est avant tout centrée sur le pronostic. Il reconnait déjà l'existence d'ensembles cliniques qu'il ne peut classer dans un groupe et en 1913, il décrit une "forme périodique" de la démence précoce pouvant présenter à certains moments une symptomatologie maniaque ou dépressive. Son pourcentage ne dépasse pas 2% de tous les cas. Le début de la maladie survient dans 2/3 des cas avant 20 ans.

- BLEULER (16) ne reconnait de schéma évolutif particulier qu'aux seules formes périodiques, dans la schizophrénie. Ses travaux n'apportent aucune solution au problème posé par le diagnostic différentiel entre la PMD et la schizophrénie.

A la suite de BLEULER, le groupe des schizophrénies fut principalement caractérisé par la "dissociation des fonctions psychiques".

L'absence des possibilités thérapeutiques, jointes à la variabilité des symptômes fondamentaux explique en partie, l'extension du groupe.

- L'influence de FREUD, et surtout celle de MAYER aux U.S.A., renforce un courant de pensée anti-kraepelinien en relevant l'importance des facteurs exogènes.

En outre, l'accent est porté sur la sémiologie actuelle. On abandonne progressivement la notion de détérioration des schizophrénies opposée à la restitution ad integrum des PMD. On souligne l'existence de formes rémittentes, de formes mixtes.

- MAYER GROSS (67) en 1932 distingue trois catégories au sein de ces psychoses mixtes.
. cas schizophréniques avec éléments maniaco-dépressifs
. cas alternants
. cas où après plusieurs attaques typiques maniaco-dépressives, apparait une psychose schizophrénique qui est suivie d'une guérison complète et constante.

- Un peu plus tard, KURT SCHNEIDER (79) souligne l'existence de diverses combinaisons possibles dans ce qu'il appelle les "cas intermédiaires".
. cas où apparaissent en même temps les signes de schizophrénie et de manie.
. cas où alternent les épisodes cyclothymiques et schizophréniques.
. épisodes essentiellement schizophréniques se développant sur une base cyclothymique qui donne aux différentes phases de la psychose un caractère parfois maniaque et parfois mélancolique.
. tandis que l'image clinique est essentiellement cyclothymique, les épisodes dans leur plein développement ont une apparence schizophrénique.

- En France, H. CLAUDE (25) et son école tentent en 1931 de donner une solution à ce problème nosologique. Parmi ce qu'il intitule les "schizoses", il distingue :
. les états schizoïdes
. la schizomanie

. la schizophrénie.

Le terme de schizomanie ne désigne pas les états maniaques atypiques mais l'état pathologique du schizoïde qui a cessé de s'adapter à l'ambiance. Chez les schizomanes, la dissociation se révèle "dans la synthèse intellectuelle supérieure. Elle existe au plus haut point entre l'activité pratique et le noyau de la personnalité, selon un mode de pensée autiste...
Un degré de plus, et la schizomanie devient schizophrénie. Il y a alors une véritable dissociation des fonctions psychiques."

L'affection n'est pas fatalement progressive. Elle peut s'arrêter à chacun des deux premiers stades et "chez quelques schizoïdes, des accès schizomaniaques peuvent surgir comme s'il s'agissait d'un état périodique".

Les difficultés de diagnostic différentiel entre psychose périodique et démence précoce demeurent.

H. CLAUDE reconnait qu'aucun des caractères neurologique, biologique, anamnestique ou morphologique de chacune des deux psychoses ne saurait être un argument décisif. De même, l'analyse symptomatique est trompeuse :
. la mobilité intellectuelle et affective du maniaque comme tous les états mixtes peuvent réaliser une apparence de discordantce.
. l'état schizomaniaque peut évoluer de façon continue ou par périodes. L'auteur admet que certains accès de schizomanie périodique ne sont autres que des accès de manie et de mélancolie chez des schizophrènes dont la dissociation constitutionnelle imposera une structure au tableau clinique.

H. CLAUDE précise, en outre, que les signes de la schizophrénie comme ceux de la PMD n'ont rien de spécifique. Ce sont des "réactions univoques dont la forme est commandée par la contitution cycloïde ou schizoïde à des perturbations endogènes ou exogènes variables qui peuvent être uniques, répétées ou continues".

- Actuellement

1- la psychose maniaco dépressive dans ses formes unipolaires et bipolaires constitue la psychose endogène la mieux définie quant à ses modalités cliniques, évolutives et génétiques, elle est accessible à une thérapeutique symtomatique et prophylactique.

2- le groupe des schizophrénies apparait comme un ensemble mal défini dans sa sémiologie et son découpage nosologique bien que certaines études inernationnales s'accordent au niveau de certaines formes cliniques.

3- enfin, des formes rémittentes, de psychoses ont été décrites par de nombreux auteurs. Leur tableau clinique a reçu des noms divers. En voici quelques uns :

. étas psychotiques aigus réactionnels.
. stupeur bénigne.
. onéirophrénie.
. schizomanie.
. psychose atypique.
. schizophrénie périodique.

De l'ensemble de ces descriptions, trois ont connu un sort plus heureux :

a) la"schizophrénie affective" décrite par KASANIN (58) en 1933 (terme souvent traduit en Français par"schizophrénie dysthymique") caractérisée par l'importance des troubles de l'humeur, plus fréquemment des états d'excitation délirants survenant précocement d'évolution non déficitaire.

b) les "psychoses schizophréniformes" décrites par LANGFELDT (63) en 1939. Cet auteur souligne leur aspect réactionnel à des affections somatiques ou à des traumatismes psychologiques. Il affirme que la maladie schizo-affective fait partie des maladies schizophréniformes ou atypiques dans leurs caractères.

c) les"psychoses cycloïdes" décrites en 1950 par KARL LEONHARD (64) qui reprend ainsi les travaux de Kleist et Schröder. Ceux-ci avaient introduit le concept de psychoses cycloïdes qu'ils distinguaient de la schizophrénie et de la PMD.

KLEIST utilisait le terme de psychoses dégénératrices au sein desquelles il différenciait les psychoses de la motilité des psychoses de la confusion. A ces deux catégories, LEONHARD ajoute la psychose d'anxiété-félicité. Ces psychoses cycloïdes sont donc des états psychotiques périodiques évoluant principalement selon des dimensions bipolaires : agitation -ralentissement, anxiété-élation, akinésie-hyperkinésie. En porter le diagnostic, implique qu'une rémission interviendra, ne laissant persister aucun signe résiduel.

Ces diverses descriptions ont deux point communs :
. leur aspect périodique le plus souvent aigu
. la fréquence des troubles de l'humeur.

Ce qui les caractérise c'est en définitive le mélange de composantes de la schizophrénie et de la PMD. Ce mélange se manifeste tant sur le plan structural et dynamique que sur le plan symptomatique de sorte que les possibilités cliniques sont nombreuses.

L'évolution non déficitaire de ces formes récurrentes particulières des psychoses endogènes peut être considérée comme intermédiaire entre celle de la schizophrénie et celle de la PMD. Leur pronostic est d'autant plus favorable que prédominent les troubles thymiques.

Dans la littérature de nombreuses classifications ont été proposées. La place nosographique de ce groupe est diversement appréciée :

+ FISH en 1961 (41) récapitule les hypothèses
1- simples formes cliniques des schizophrénies

2- psychose maniaco-dépressive atypique.
3- troubles réactionnels ou psychogéniques
4- forme clinique d'une psychose unique rassemblant la PMD et la schizophrénie.
5- entité nosologique indépendante.

+ BECK (11) en 1967 propose de représenter les psychoses endogènes sous formesd'un spectre aux deux pôles duquel seraient placées la PMD pure et la schizophrénie. Les "schizophrénie dysthymiques" se situeraient dans une position médiane du fait de leur symptomatologie et de leur pronostic intermédiaires.

+ R.E. KENDELL & Jane GOURLAY (59) en 1970 font une analyse discriminative des données issues de 146 schizophrénes et de 146 PMD. Ils croient d'abord pouvoir faire état d'une distribution bimodale des psychoses endogènes, obtiennent des résultats très ambigus, concluent en définitive que la schizophrénie et les psychoses affectives ne sont vraisemblablement pas des entités distinctes.

En somme, si l'on résume les données de la littérature, nous distinguons quatre tendances :
1- La première rapproche les psychoses schizo-affectives du processdiscordant. Elle en fait une forme de la schizophrénie (Kraepelin, Wieg-Wiekental, Holberstadt, Müller). Tous les symptômes et structures psychopathologiques non schizophréniques ne sont que des éléments secondaires ou surajoutés.

2- La seconde tendance accorde une importance primordiale à la perturbation affective cyclique et considére les éléments schizophréniques comme des manifestations surajoutées et épisodiques et par là-même, non schizophréniques (Kurly, Tamburini).

3- La troisième hypothèse fait des psychoses schizo-affectives une entité indépendante: ce sont les "psychoses cycloïdes" de C.Perris (73) et K. Leonhard (64).

4- La quatrième hypothèse, enfin, est que ce groupe constitue un ensemble de psychoses dont le diagnostic ne peut être porté au début mais que l'on reconnaitra comme une schizophrénie ou une psychose maniaco-dépressive en fonction de l'évolution, de l'étude de la famille, des antécédents, etc...

C'est ainsi que BARUK (10) qui adhère à cette tendance croit fermement que la périodicité, loin de constituer l'apanage d'une maladie mentale déterminée, représente une réaction très générale du système nerveux et devrait donc être envisagée, avant tout sous l'angle physiologique. Il souligne les difficultés de classification des cas où le tableau clinique résulte du mélange des signes de différentes séries.

Il est à ce propos intéressant de comparer les diagnostics effectués dans différents pays quand il s'agit de syndromes schizo-affectifs où l'on retrouve une combinaison de symptômes schizophréniformes et dysthymiques. La confusion est grande. Certains auteurs soulignent que le diagnostic de psychose schizo-affective est donné plus couramment en Amérique du Nord. Ils précisent que cette entité nosologique est mal définie, se demandent s'il y a lieu de la considérer comme distincte et attirent l'attention sur le fait que quelques malades diagnostiqués comme tels auraient été probablement diagnostiqués PMD dans d'autres pays.

JOHNSON (56) écrit :

"les hallucinations ne suffisent pas à porter le diagnostic de schizophrénie affective. La plupart des PMD ont des hallucinations et sont fréquemment bizarres."

Laissant délibérément de côté les aspects biochimiques et psychodynamiques, nous envisagerons maintenant successivement : - les aspects génétiques
- les aspects sémiologiques
- les aspects thérapeutiques de ces psychoses intermédiaires.

B - ASPECTS GENETIQUES

La plupart des études faites sur les rapports génétiques éventuels entre la PMD et la schizophrénie révèlent que ces deux psychoses sont génétiquement différentes et ne se rencontrent pas dans les mêmes familles :

- les collatéraux de premier rang de sujets atteints de psychoses affectives ne sont pas prédisposés à devenir schizophrènes.

- de même, le risque de voir survenir une schizophrénie chez les enfants de parents maniaco-dépressifs, est estimé à 3 ou 4%.

- le risque de psychoses maniaco-dépressives dans les familles de schizophrènes ne parait pas plus élevé que dans la population générale.

Un argument de poids qui soutient l'hypothèse d'une dichotomie génétique entre les deux psychoses, est l'absence totale de paires de jumeaux dont l'un serait schizophrène et l'autre maniaco-dépressif. Il parait difficile dans ces conditions d'admettre l'hypothèse selon laquelle les bases génétiques des syndromes schizo-affectifs résulteraient d'une combinaison de gènes schizophrènes et maniaco-dépressifs.

Les études sur les unions entre parents schizophrènes et maniaco-dépressifs ont montré que les descendants de tels mariages sont, soit schizophrènes, soit maniaco-dépressifs et ne sont jamais décrits comme porteurs de psychoses schizo-affectives.

Le phénotype schizo-affectif ne parait donc pas déterminé par une interaction gènique mixte entre les deux psychoses.

Des publications effectuées récemment aux U.S.A., et au Japon, nous invitent à reconsidérer la question et suggèrent qu'il existe un lien génétique entre les syndromes schizophréniques dysthymiques et les psychoses affectives.

+ ASANO (6) de l'école de Mitsuda, au Japon, observe que les syndromes dysthymiques et en particulier la PMD se manifestent relativement fréquemment dans les familles ayant des "manies atypiques" caractériées par des symptômes schizophréniformes.

+ CLAYTON (27) et ses collaborateurs du groupe de Winokur, ont des résultats semblables. Ils considèrent qu'il existe une étroite parenté entre la maladie schizo-affective et les psychoses affectives, la première étant peut-être une variante génétique de la seconde.

Ils remarquent en outre que la fréquence des troubles schizophréniques et schizo-affectifs est relativement peu élevée dans les familles de leurs patients schizo-affectifs.

+ les familles de malades schizo-affectifs ont été étudiées dans le cadre d'une enquête génétique plus large, réalisée à l'institut psychiâtrique de New-York (Columbia University) par MENDLEWICZ et coll. (26).

Il apparaît que :

. les risques morbides des syndromes dysthymiques pris dans leur ensemble (bipolaires + unipolaires) apparaissent pratiquement identiques chez les collatéraux de patients maniaco-dépressifs et schizo-affectifs, supérieurs à 50% ce qui est une valeur compatible avec une transmission génétique dominante.

Il semble donc exister une parenté génétique entre "les schizophrénies dysthymiques" et les psychoses périodiques.

Pour la PMD, l'hypothèse d'un lynkage avec le chromosome sexuel X a été invoqué récemment comme un des modes d'hérédité prédominant.

. l'appréciation du risque de schizophrénie chez les collatéraux de malades schizo - affectifs est malaisée. L'échantillon de base peut être contaminé par un ou deux schizophrènes.

. dans les familles de malades schizo-affectifs, cette étude ne retrouve que deux cas de syndromes schizo-affectifs ce qui amène à conclure que cette affection ne peut être considérée comme une entité distincte sur le plan génétique.

+ COHEN et coll. (28) ont fait une enquête portant sur l'étude de 15909 dossiers de paire de jumeaux recueillis dans les hôpitaux de vétérans aux U.S.A. Il en résulte que :

. d'une part les taux de concordance entre jumeaux monozygotes sont considérablement plus élevés que pour les jumeaux dizygotes tant pour les syndromes schizo-affectifs et maniaco-dépressifs, que pour les schizophrénies.
Ceci souligne l'importance des facteurs génétiques pour ces trois syndromes.

. d'autre part le taux de concordance gémellaire des malades schizo-affectifs est deux fois supérieur à celui de la schizophrénie mais très proche de celui de la PMD. Ceci constitue un argument supplémentaire en faveur d'une filiation génétique entre PMD et "schizophrénie dysthymique". Cependant les auteurs de cette étude soulignent que, étant donnée la complexité des facteurs qui interfèrent pour déterminer les taux de concordance, ceci ne peut être qu'une hypothèse qui rejoint cependant les conclusions de Clayton.

Si l'on admet l'existence de gènes communs aux psychoses schizo-affectives et maniaco-dépressives, on peut alors se demander si l'un de ces gènes ne pourrait pas se situer sur le même locus que celui de la PMD, à savoir le bras court du chromosome X.

En somme, il est peu probable que " les schizophrénies dysthymiques" représentent un groupe nosologique homogène à déterminisme génétique spécifique. La description objective des critères diagnostiques des syndromes schizo-affectifs reste encore mal définie, mais les études génétiques actuelles suggèrent l'existence d'un lien génétique préférentiel avec les psychoses affectives. Il n'est cependant pas exclu que certains sous groupes schizo-affectifs puissent être apparentés à la schizophrénie.

De nos 13 observations nous retenons l'existence d'antécédents manifestes directs ou indirects de PMD dans 4cas (1,2,4,7) et dans 2 cas des antécédents dysthymiques plus atypiques (3,11)

Ceci parait concorder avec les résultats dans divers travaux.

Cependant la parenté héréditaire entre PMD et syndromes schizo-affectifs n'est pas retenue par C. Perris (73), qui soutient qu'au niveau des parents du premier degré, l'incidence des schizophrènies est basse, parfois inférieure à celle retrouvée dans la population générale et que, de même, l'incidence des PMD, est bien inférieure à celle retrouvée dans les études portant sur des sujets maniaco-dépressifs.

PERRIS tend à accréditer l'idée, qu'il existe au moins dans un sous groupe un gène spécifique.

C - DONNEES SEMIOLOGIQUES ET EVOLUTIVES

Les psychoses schizo-affectives, schizophrénies périodiques ou psychoses cycloïdes sont donc caractérisées par des états psychotiques aigus à symptomatologie mixte affective et schizophrénique d'un grand polymorphisme. Les symptômes varient d'un sujet à l'autre et chez le même sujet d'un accès à l'autre parfois même d'un instant à l'autre au cours d'un même accès.

On y trouve mêlés :

- des troubles affectifs : dépressifs ou maniaques.

- des troubles schizophréniformes : troubles du cours de la pensée et du champ de la conscience (perplexité, désorientation, état oniroïde crépusculaire), discordance psychomotrice avec comportement catatonique (stupeur, agitation, négativisme, stéréotypies), hallucinations et éléments délirants non syntones aux troubles thymiques (expériences, d'étrangeté, de dépersonnalisation,d'influence).

L'anxiété est fréquente, liée aux préoccupations délirantes ou au sentiment de catastrophe imminente. Elle alterne quelquefois de façon très rapide avec des moments de grand bonheur parfois contemporains d'expériences mystiques.

On s'accorde en général pour reconnaitre à ces épisodes aigus, un pronostic favorable. Cependant il arrive qu'après un ou plusieurs épisodes la symptomatologie devienne plus franchement dissociative et que l'évolution se fasse vers un état schizophrénique chronique où rien ne rappelle la pathologie initiale.

Plus souvent encore, la survenue ultérieure d'accès typiques, maniaques ou dépressifs fait que l'on rattache, ces épisodes à la PMD.

La troisième possibilité est celle d'une évolution cyclique, avec conservation de la symptomatologie mixte atypique, lors des accès suivants. C'est peut-être la plus fréquente. S'agit-il d'une schizophrénie périodique ou d'une psychose cycloïde? La question reste entière.

Nous avons observé les deuxième et troisième éventualités dans les 13 cas de psychoses périodiques atypiques que nous avons rapportées ; jamais l'évolution ne s'est faite vers un état schizophrénique franc.

Les "psychoses cycloïdes" ont certaines caractéristiques qui ont été décrites par Perris et Leonhard :

- elles prédominent dans le sexe féminin
- elles surviennent entre 15 et 50 ans
- la durée des accès est en moyenne de 3 à 4 mois
- les accès ont tendance à se reproduire : en moyenne 4 à 5/périodes de 10 ans
- ils surviennent généralement sans cause précise
- les facteurs de personnalité et les conditions vitales au moment de l'accès donnent une coloration particulière à la symptomatologie.
- les patients sont souvent issus de foyers désunis
- il n'y a pas de déficit résiduel après l'accès, l'adaptation intercritique est plus comparable à celle des maniaco-dépressifs qu'à celle des schizophrènes
- les TS au cours des accès seraient assez frequentes. selon Leonhard.
- les études génétiques montreraient un taux élevé d'hérédité homologue sur plusieurs générations. Le risque pour la PMD et la schizophrénie étant faible

dans la parenté, ce point n'est pas admis par certains auteurs.

En conclusion (et c'est ce que nous avons souvent observé), on peut dire que les "psychoses cycloïdes" paraissent assez proches de la PMD. Au cours de leur évolution, certains accès peuvent prendre l'allure d'accès maniaques ou dépressifs typiques. Plus rarement, la sémiologie est franchement schizophrenique sans coloration affective.

Karl LEONHARD précise que s'il est parfois difficile de distinguer une psychose cycloïde akinétique (constituant l'un des deux pôles de la psychose de la motilité) d'une stupeur mélancolique; de nombreux éléments permettent de faire le diagnostic entre en accés maniaque typique et un accès de la variété la plus typique (psychose d'anxiété félicité) émaillant l'évolution de ces psychoses cycloïdes.

L'hyperactivité et la fuite des idées sont peu marquées. Outre l'anxiété liée aux idées délirantes, il existe des moments de bonheur extatique, le passage d'un état à l'autre pouvant être très rapide. L'état d'euphorie s'accompagne d'une impression d'élargissement des possibilités perceptives, d'une impression de contact avec Dieu, d'élans humanitaires et religieux.

En outre, alors que les maniaques oublient souvent rapidement leurs expériences délirantes, les "cycloïdes " gardent généralement le souvenir d'une expérience spirituelle enrichissante.

D - DONNEES THERAPEUTIQUES

La notion de troubles thymiques et affectifs dans les psychoses a pris une importance particulière depuis quelques temps en raison du développement des thérapeutiques. Il faut souligner d'abord, l'incidence du rôle direct et indirect de la chimiothérapie mais aussi des modifications des structures de soin, du développement des techniques extra-hospitalières, en somme de l'évolution de l'institution psychiâtrique et de sa libéralisation sur la transformantion de la schizophrénie en schizophrénie intermittente dans laquelle d'une part, les épisodes aigus, d'autre part, les troubles thymiques particulièrement les évolutions dépressives atypiques ont davantage d'importance. Ceci complique le problème du diagnostic différentiel.

Outre les chimiothérapies habituelles qui ne présentent à l'égard de ces syndrômes shizo-affectifs aucune particularité notable, le lithium a sous doute un effet prophylactique sur la récurrence des accès. Mais comme nous l'avons déjà dit, son effet ne permet pas à l'heure actuelle, de discriminer avec certitude les "schizophrénies dysthymiques"des PMD ni de leur assigner une place nosographique précise.

CONCLUSION ET SYNTHESE

Ainsi donc, aujourd'hui, au sein des psychoses endogènes :

- seules les PMD paraissent bien définies sur les plans sémiologiques évolutifs et thérapeutiques. Les données génétiques qui les concernent semblent cohérentes.

- A l'opposé, le groupe des schizophrénies représente un ensemble mal défini sur le plan sémiologique, évolutif et thérapeutique. Les données génétiques en sont souvent confuses.

- Un troisième groupe de psychoses endogènes, de par leur aspect aigu, périodique, marqué par la prédominance de troubles de l'humeur, tend à apparaître. Les avis divergent considérablement quant à la nature de ce groupe. Certains auteurs le rattachent préférentiellement à la PMD ou à la schizophrénie :

. aucun argument, génétique en particulier, ne permet d'assimiler les schizophrénies dysthymiques aux PMD.

. les circonstances d'apparition retrouvées, ne permettent pas non plus de les considérer comme purement réactionnelles.

. s'il s'agit de crises schizophréniques, on peut se damander pourquoi telles crises s'épuisent et pourquoi le psychisme récupère son intégrité ?

Dans cette optique, nous pourrions considérer ces formes périodiques de la schizophrénie comme des processus mineurs évoluant sur des psychismes ayant des possibilités de récupération importantes et facilement mobilisables.

Aucune donnée ne permet encore de confirmer de telles hypothèses.

L'on conçoit que certains auteurs considèrent les psychoses endogènes comme une psychose unique, ayant diverses formes cliniques et que d'autres en fassent trois entités distinctes.

En fait, l'hypothèse d'une indépendance nosologique de ce troisième groupe, envisagée par K. Leonhard et C. Perris, ("psychoses cycloïdes") serait peut-être la plus satisfaisante, compte tenu des données sémiologiques et de l'allure évolutive particulières.

Quoiqu'il en soit, il semble que ces psychoses aient en commun le fait que l'importance des éléments dysthymiques, sémiologiques et héréditaires est un des meilleurs éléments du pronostic. Leur intérêt vient également de ce qu'elles sont accesssibles à une thérapeutique prophylactique (Lithium).

Nous voyons que l'imprécision qui règne dans le concept de schizophrénie dysthymique est encore grande.

Il est sans doute important de porter un diagnostic car le diagnostic d'une maladie mentale comporte toujours un pronostic. Mais pourquoi s'y attacher à tout prix ? Ne nous faisons-nous pas souvent une idée fausse du pronostic de certaines affections ? Et ceci ne risque-t-il pas de compromettre une évolution qui serait peut-être favorable ?

La schizophrénie est-elle vraiment inexorable ? Certains auteurs rapportent 40 à 50 % de "guérisons" ou stabilisations. Si l'on attribue un crédit à leurs affirmations, vouloir coûte que coûte porter ou éliminer un tel diagnostic prend alors moins d'importance.

Comme le dit Ajuriaguerra,il faut "se mettre en garde contre l'attitude d'une psychiâtrie qui maintiendrait l'accent exclusif sur l'établissement de diagnostic et le traitement par les médicaments selon des sous-catégories diagnostiques. Notre attitude doit se fonder sur les caractéristiques apportées par le malade en même temps que par un certain modèle théorique qui éveille en nous l'idée d'une certaine structure".

Et comme le souligne ROUART (77) : "mieux vaut une plus grande rigueur clinique qu'une classification trop théorique".

CONCLUSIONS

En relatant treize cas de psychoses périodiques atypiques traitées par le lithium, nous avions pour projet de tenter une approche du concept de "schizophrénie dysthymique" essentiellement sous l'angle thérapeutique.

- Dans un premier chapitre, nous avons fait un rappel sur le lithium, soulignant qu'outre les indications classiques que représentent le traitement curatif de l'accès maniaque et le traitement préventif des accès tant maniaques que dépressifs au sein de la psychose maniaco-dépressive, des améliorations avaient été notées dans les psychoses périodiques atypiques.

- Dans un second chapitre, nous avons présenté nos observations, précisant combien l'établissement d'un diagnostic précis était chaque fois difficile.

Nous avons conclu que le lithium ne permettait pas de discriminer les psychoses périodiques des "schizophrénies dysthymiques" et qu'il pouvait être conçu non seulement comme un normothymique mais peut-être encore comme un médicament de la fragilité commune à toutes les psychoses.

- Dans le dernier chapitre, uniquement spéculatif, nous avons un peu débordé notre problème, voulant tenter une approche du concept de schizophrénie dysthymique dans son ensemble, nous avons vu combien l'imprécision dans ce domaine était grande. Les classifications diverses de ces formes intermédiaires entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive peuvent se résumer ainsi :

. forme de psychose maniaco-dépressive
. forme de schizophrénie
. entité nosologique indépendante

Nous terminerons, en rappelant que vouloir établir à tout prix un diagnostic et "coller une étiquette à un malade" est parfois excessif.

Le Président de la Thèse :

VU et permis d'imprimer

Dijon, le 3 février 1977

Le Doyen,

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1 - ABELY P., LAUZIER B.
La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique.
Am med. psychol. 1954. 122 - 1,5 - 729 - 745.

2 - ANGST J., DITTRICH A., GROF P.
Cause of endogenous affective psychoses and its modification by prophylactic administration of imipramine and lithium.
Int. Pharmaco.psychiat. 1969. 2, 1-11.

3 - ANGST J., WEIS P.
Periodicity of depressive psychosis
Neuro psychopharmacology,Excerpta med Foundation (Amst.) I.C.S. 1967, 129, 703-710

4 - ANGST J., WEIS P., GROF P., BAASTRUP P.C., SCHOU P.
Lithium prophylaxis in recurrent affective disorders
Brit. J. psychiat. 1970, 116, 604-614

5 - ANGST J. et al
Lithium. Lancet. 1969, 1, 7607, 1097.

6 - ASANO N.
Clinico genetic study of manic-depressive psychoses
Clinical genetics : Psychiatry ed. Mitsuda OSAKA 1967.

7 - BAASTRUP P.C., POULSEN J.C., SCHOU M., THOMSEN K., ANDISEN A.
Prophylactic lithium : double bind discontinuation in manic-depressive and recurrent depressive disorders. Lancet : 1970, 2, 326-330.

8 - BAASTRUP P. et SCHOU M.
Arch. gen. psychiat. 1967, 16, 162.

9 - BAASTRUP P., et SCHOU M.
Lancet, 1968, 1, 1419

10 - BARUK H.
A) Sur une méthode préventive et curative des accès périodiques mentaux ou psychosomatiques.
Ann. méd. Psychol. 1971, 2, 238-241
B) Les syndromes d'aspect schizophrénique relevant de la psychose périodique.
Ann. méd. psychol. 1964, 122, 1, 4, 610-615.
C) La révision de la schizophrénie.
Ann. méd. psychol. 1974, 132, 2, 261-277.

11 - BECK A.T.
Depression : clinical, experimental and theorical aspects.
New-York : 1967.

12 - BERTAGNA L.
Utilisation térapeutique et prophylactique du lithium dans les affections psychiatriques périodiques.
Expansion ed. , Paris, 1972.

13 - BERTAGNA L., PEYROULET J.M., QUETIN A.M., et DALLE B.
Lithium et affections psychiatriques cycliques. Action prophylactique et thérapeutique.
Rev. praticien, 1971, 21, 1743-1757.

14 - BLACHLY PH.
Lithium and double blind studies.
Amer. J. psychiat. 1969, 125, 1264-1265.

15 - BLACKWELL B., SHEPHERD M.
Porphylactic lithium : another therapeutic myth?
Lancet 1968, 1, 968-971.

16 - BLEULER E.
Lehrbuch der Psychiatric III
Aufgabe Berlin 1920

17 - BOISSIER J.R.
Actions pharmacologiques du lithium : sa place parmi les métaux alcalins
Act. pharmacologiques 1968, II, 5-40.

18 - BONNET H.
Psychoses et troubles aigus de l'humeur
Reflexions cliniques et thérapeutiques
Inform. psychiat. 1975, 51, 4, 425-426.

19 - BONNET H., COUADE M., BERAUDY J.M.
Troubles de l'humeur et psychoses chroniques.
Infor. psychiat. 1973, 49, 7, 677-696.

20 - BOWERS M.B. Jr., ASTRACHAN B.M.
Depression in acute schizophrenic psychosis.
Amer. J. psychiat. 1967, 123, 976-979.

21 - CADE J.F.
Lithium salts in the treatment of psychotic excitement.
Med. J. Aust. 1949,2, 349-352.

22 - CASANOVA F.
Le lithium en thérapeutique psychiatrique.
Thèse médecine Toulouse 1974, n° 192.

23 - CHATAGNON P., SCHEZRER P., Mlle C. CHATAGNON.
Les psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive : importance du bilan des fonctions vitales
Ann. Méd. psychiat. 1938, 1, 494-515.

24 - CHAZOT G., FOURNIS Y., EYSSETTE M.
Lithium et troubles de l'humeur.
Revue générale Lyon. Méd. 1971, 225, 527-535.

25 - CHAZOT G., GIRARD P.F., BOUCHER M.
Le traitement des états mélancoliques récidivants
Cah. Méd. 1972, 13, 3, 225-228.

26 - CLAUDE H. & LEVY-VALENSI.
Psychose périodique et démence précoce.
Encephale, mai 1931.

27 - CLAYTON P.J., RODIN L., WINOKUR G.
Family history Studies : III Schizo-affectives disorders clinical and genetic factors including a one to two year follow-up.
Comprehen.Psychiat. 1968, 9, 31.

28 - COHEN S.M., ALLEN M.G., POLLIN W., KRUBEL L.
Relation ship of schizo-affective psychosis to manic-depressive psychosis and schizophrenia.
Arch. gen. psychiat. 1972, 26, 539-545.

29 - COPPEN A., MALLESON A., SHAW D.P.
Effect of lithium carbonate on electrolyte distribution on man
Lancet 1965, 1, 682-683

30 - DAUCHY F.
Les sels de lithium en thérapeutique psychiatrique
Gaz. Méd. F2 1973, 80, 15 : 2601-2616

31 - DEBRAY Q., PICHOT P.
Les rapports génétiques enre psychoses maniaco-dépressive et la schizophrénie.
Nouv. Presse Méd. 1975, 4, 13 : 967-970

32 - DENIKER P., FRAISSE B.
Le maniement du lithium en thérapeutique psychiatrique.
Sem. Hôp. Therapeut. 1972, 48, 1 : 79-81

33 - DENIKER P., GINESTET D., COLONNA L., et LOO H.
a) le lithium en psychiatrie.
Rev. Prat. 1972, 22, 32 : 4517- 4531
b) à propos des indications du lithium en dehors de la psychose maniaco-dépressive.
Ann. Méd. psychol. 1972, 130, 1 . 2 : 260-263.

c)indication des sels de lithium en thérapeutique psychiatrique.
Nouv. Presse Méd. 1972, 1, 44 : 2959-2962.

34 - DESPINOY M., DE RONEUF J.
Emploi des sels de lithium en thérapeutique psychiatrique.
C.R. Congr. neurol. alién. 1951, 509-515.

35 - DINSMORE P.R., RUBACK R.
Lithium in schizo.affective disorders.
Dis. new Syst. 1973, 33, 12 : 771-776

36 - DUFFOUR H., SCOTTO J.C., LUCCIONI H., SUTTE J.M.
Les sels de lithium en thérapeutique psychiatrique ; intérêt du traitement curatif et préventif.
Ann. Psychol. 1972, 130, 1, 2 : 246-252.

37 - DUFLOT J.P., DOREC C., FELLION G., KAMBA A., MORIN F. et BALLAND M.
L'utilisation du carbonate de lithium dans une institution psychiatrique
Ann. Med. psychol. 1973, 13, 2 : 311-321.

38 - EY Henri
Manuel de psychiatrie : 1974
ed. Masson et Cie

39 - FEIGHNER J.P., ROBINS E., GUZE S.B., et al.
Diagnostic criteria for use in psychiatric research.
Arch. gen. psychiatry. 1972, 26, 57-63

40 - FIEVE R.R., PLATMAN S., PLUTCHIK R.
The use of lithium in affective disorders.
Acute endogenous depression
Amer. J. psychiat. 1968, 125, 487-491 & 492-498

41 - FISH F.
The cycloïd psychosis
Comprehens. psychiat. 1964, 5, 155-169

42 - FORSSMAN H., WALINDER J.
Lithium treatement on atypical indication.
Acta psychiat. ocand 1969, suppl. 207, 34-40.

43 - FRAISSE B.
Les sels de lithium en psychiatrie. Utilisation thérapeutique et approche pharmacologique
Thèse Paris : 1970 (780 références).

44 - GATTOZZI A.
Lithium in the treatment of mood disorders
Washington : 1970.

45 - GERSHON S.
. lithium prophylaxis in recurrent affective disorders
comp. Psychiat. 1974, 15, 365-373.
. lithium in mania.
clin. Pharmacolog. Thes. 1970, 11, 168-187.

46 - GISSELMANN A., LOCHE D., LAMY A., MARIN A., et BALLIVET J.
Aspect électroclinique de quelques complications du traitement par le lithium.
Cah. Med. Lyonn. 1972, 48, n° 36 : 4305-4308.

47 - GOTTFRIE'S C.G.
The effect of lithium salts on various kinds of psychiatric disorders
Acta Psychiat. Scand. 1968, suppl 203, 156-167.

48 - GROF P., SCHOU M., ANGST J., BAASTRUP P.C., WEIS P.
Methodological problems of prophylactic trials in recurrent affective disorders.
Brit. J. psychiat. 1970, 116, 599-603.

49 - GUIGUEN Y.
Les schizophrénies périodiques
Thèse Paris : 1952 (113 pages)

50 - HAASTRUP S., RYBERG J., LARSEN B.
Lithium as a prophylactic
Acta Psychiat. Scand. 1968, suppl. 203, 169-171.

51 - HABAULT M.
Sels de lithium en psychiatrie
Thèse Méd. Bruxelles : 1973 n° 329 d

52 - HAKIM G.
Aspects modernes de la dépression
entretiens de Bichat 1973
CR. expansion Ed. : 249-254.

53 - HARTIGNAN G.P.
The use of lithium salts in affective disorders.
Brit. J. psychiat. 1963, 109, 810-814

54 - HO A.K.S., GERSHON S., PINCKNEYL.
The effects on acute and prolonged lithium treatment on the distribution of electrolytes potassium and sodium.
Arch. int. Pharm. Therap. 1970, 186, 54-64.

55 - JARRET D.R., BURROWS G.D., DAVIES B.
Lithium as a pomhylactic agent in recurrent affective disorders
Med. J. Austral. 1973, 1, 7 : 325-328.

56 - JOHNSON G.
Differential response to lithium carbonate in manic-depressive and schizo-affective disorders.
Dis. new syst. 1970, 31, 613-615.

57 - KANT O.
A comparative study of recovered and deteriorated schizophrenic patients.
J. new ment. Dis. 1941, 93, 616-624.

58 - KASANIN I .
The acute schizo-affective psychoses.
Amer. J. psychiat. 1933, 13, 97-125.

59 - KENDELL R.E., GOURLAU J.
Clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia
Brit. J. psychiat. 1970, 117, 267-274.

60 - KERRY R.J., OWEN G.
Lithium carbonate as a mood and total body water stabiliser.
Arch. gen. Psychiat. 1970, 22, 301-303.

61 - LABOUCARIE J., RASCOL A., GUIRAUD B., FREXINOS, LABOUCARIE M., et GUERAUD J.
Les sels de lithium dans le traitement des étas cyclothymiques
Rev. Méd. Toulouse 1972, 8, 515-527.

62 - LANGE J.
Die endogenen u. reaktwen genütserkrankungen u. die Manisch-Depres. constitution.
Hand . d. geistestkrankheiten.
Spez. Teil. Berlin, 1928, 11, 146-172.

63 - LAMBFELOT G.
The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease.
Acta Psychiat. Scand. 1937, suppl. 13.

64 - LEONHARD R.
Cycloïd Psychoses : endogenous psychoses which are neither schizophrenia nor manic-depressive.
J. Ment. Sci. 1961, 107, 633-648.

65 - LEREBOULLET J., MOSA A., OLIVIER R., MARTIN.
Troubles de l'humeur et schizophrénie
Rev. du praticien : 1976 (avril)

66 - MAGGS R.
Treatment of manic illness with lithium carbonate.
Brit. J. Psych. 1963, 109, 56-65

67 - MAYER-GROSS W.
Die Schizophrenic
Hand buch der Geisteskrankheiten; Bd. 9,5. Teil, Hrsg o Bumke
Berlin S : 31-595.

68 - NASLAIN R.
"Lithium"
encyclopédie Universalis Vol. 10 Paris 1971.

69 - NEURO LITHIUM : Laboratoires Labcatal

70 - NOYES R. Jr.
Lithium carbonate
Dis. nerv. Syst. 1969, 30, 318-321.

71 - PANAYOTOPOULOS D. et ABRAHAM G.
Formes périodiques de la schizophrénie
Ann.Méd. psychol. 1964, 1, n° 2 : 193-214.

72 - PAPADIMITRIOU G.
Les syndromes périodiques mentaux non maniaco-dépressifs.
Ann. Méd. psychol. 1955, 113, 3 : 424-460.

73 - PERRIS C.
a) a study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses.
Act. psychiat. scand. 1966 supp. 194 p.42.
b) a study of cycloïd psychoses
Acta psychiat. scand. 1974 supp. 253, 1-75.

74 - POLONIO P.
Schizophrénie périodique.
Mschr. Psych. Neurol. 1954, 128, n°4 : 265-272.

75 - PRIEN Q.F., KLETT G.J., CAFFEY E.M.
a) a compararison of lithiumcarbonate and chlorpromazine in the treatment of excited schizo-affectives cooperative studies in psychiatry.
Report n°89, VA, NIMH collaborative study group, Perry Point Md.
b) lithium prophylaxis in recurrent affective illness.
Amer. J. Psychiat. 1974, 131, 198-203.
c)comparison of lithium carbonate and chlorpromazine in the treatment of Mania
Arch. Gen. psychiat. 1972, 26, 146-153.

76 - QUITKIN F.M., RIFKIN A., KLEIN D.F.
Lithium in other psychiatrics disorders
Lithium : its role in psychiatry research and treatment
ed. by Gershon S. Shopsin B.
New-York, Plenum Press, 1973, 295-315.

77 - ROUART J.
PMD et folies discordantes
Thèse Paris : 1935.

78 - RYOSUKE KUROSAWA.
Examen des psychoses endogènes atypiques (psychoses périodiques)
Mie. Méd. J. 1960, 10, n°3 : 303-315.

79 - SCHNEIDER K.
- Die periodicität der lebens u. der Kulten
  Leipzig 1936
- Probleme der Clinischen Psychiatric.
  Leipzig 1942

80 - SCHOEMBERG BJ.
Serendipity, lithium and the affective psychoses
JAMA 1969, 207, 951-952.

81 - SCHOU M.
a) 1968 J.Psychiat. Res 6, 67
b) Therapeutic and proghylactic action of lithium against recurrent manic depressive psychoses.
Activ. nerv. sup. (Praha) 1957,9, 410.
c) Lithium.
Brit. J. med. 1968, 3, 5620, 710-713.
d) Principles of psychopharmacology
New-York and London 1970 p.653.
e) Le lithium en psychiatrie.
encéphale 1971, 60, n°4 : 281-311.
I propriétés thérapeutiques et préventives
II notions pratiques et conduite de la cure.
f) Lithium in recurrent manic-depressive disorders
Practionner 1973, 210, 1255 : 105-111

82 - SHOPSIN B., KIM S., GERSHON S.
A controlled study of lithium vs. chlorpromazine in acute schizophrenics.
Brit. J. Psychiat. 1971, 119, 435-440.

83 - SMALL Ja.
A placebo study of lithium combined with neuroleptics in chronic schizophrenic patients.
Amer. J. Psychiat. 1975, 132, 12 : 1315-1317.

84 - SMULEVITCH A.B., LADIDOVSKA G.I., IGONIN A.L., MIKHAILOVA N.M.
The effectdiveness of lithium in affective and schizo-affective psychoses.
Brit. J. Psychiat. 1974, 125, 65-72

85 - SUTTER J., DUFFOUR H., SCHOU M., BERTAGNA L., DARCOURT G., DEVIC M. et BROWSOLLE.
Etat actuel du traitement par les sels de lithium.
6e journée d'informations psychiatriques : 10/11 Mars 1972 (Marseille)

86 - SYMPOSIUM sur les TROUBLES THYMIQUES dans les SCHIZOPHRENIES
clinique des maladies mentales et de l'encéphale
U.E.R. COCHIN-PORT-ROYAL - 27 Mai 1975

87 - TAYLOR M.S., ABRAMS R.
The phenomenology of manic
Arch. Gen. Psychiat. 1973, 29, 520-522.

88 - TAYLOR M.A., GALTANAGA P., ABRAMS R.
Manic-depressive illness and acute schizophrenia : a clinical family history and treatment . response study.
Amer. J. Psychiat. 1974, 131, 678-682.

89 - TERALITHE : Laboratoires Théraplix.

90 - TSUANG M.T., WINOKUR G.
Criteria for subtyping schizophrenia
Arch. gen. Psychiat. 1974, 31, 43-47.

91 - VAILLANT E.
And historical review of the remitting schizophrenia
nerv. ment. Dis. 1964, 138, 48-56.

92 - WELNER A., CROUGHAN J.L., ROBINS E.
The group of schizo-affectives and related psychoses : critique, record, follow up and family studies.
Arch. gen. Psychiat. 1974, 31, 628-637.

93 - WHETSELL J.R., MIRE J.J.
Cytoplasmic vacuole formation in cultured neurons treated with lithium ions.
Brain Res. 1970, 19, 155-159.

94 - YVONNEAU M.
Le carbonate de lithium en thérapeutique psychiatrique.
Evol. psychiat. 1970, 35, 2 : 407-429.

95 - ZALL H., THERMAN P.G., MYERS J.M.
Lithium carbonate : a clinical study.
Amer. J. Psychiat. 1968, 125, 549-555.

96 - ZISKIND E., SOMERFELD E. et JENS R.
Can schizophrenia change to affective psychoses ?
Amer. J. Psychiatry : 1971, 128, 331-335.

TABLES DES MATIERES

	pages
INTRODUCTION	1 - 2
I- LE LITHIUM EN PSYCHIATRIE :	3 - 19
A- Historique	3 - 5
B- Données physico-chimiques	5 -
C- Données pharmacologiques	6 - 11
1) absorption-métabolisme-élimination	6 - 7
2) mode d'action :	7 - 9
a) action au niveau du métabolisme hydroélectrolytique	
b) action sur les neuro-médiateurs	
c) autres actions	
3) lithiémie et ses variations	9 - 11
D- Conduite du traitement	11 - 15
1) administration	11 -
2) posologie	11 -
3) identification-dosage	12 -
4) bilan préalable	12 -
5) contre-indications	12 - 13
6) effets secondaires	13 - 15
E- Indications des sels de Lithium	16 - 19
1) indications principales	16 - 18
a) action curative	
b) action préventive	
2) indications diverses	18 - 19
II- EXPERIENCE PERSONNELLE	20 - 104
A- Considérations préliminaires	20 - 22
B- Présentation des 13 observations	22 - 94
C- Discussion et synthèse	95 - 104
III- CONCEPT DE "SCHIZOPHRENIE DYSTHYMIQUE"	105 - 125
Introduction	106 - 107
A- Aperçu Historique et situation nosologique actuelle	107 - 113
B- Données génétiques	114 - 117

C- Données sémiologiques et évolutives, caractéristiques des psychoses cycloïdes 118 - 120
D- Données thérapeutiques 121 - 123
Conclusion synthèse

CONCLUSION 125